

DOSSIER N°1: Douleurs diffuses

Mme C., 51 ans, vous est adressée pour des douleurs diffuses du rachis lombaire et dans les membres intérieurs, d'horaire mécanique.

Antécédents

- Ulcère duodénal rebelle au traitement par oméprazole (Mopral~).
- HTA modérée.
- Crise de colique néphrétique il y a 6 mois.
- On note que sa sueur qui l'accompagne a été opérée du cou il y a deux ans.

Examen clinique

- TA :15/9 ; FC : 65/mn ; T° : 37,2°C.
- Pas de signe de Localisation ni de syndrome méningé.
- Conscience normale.
- Douleur à la mobilisation du rachis lombaire. Mobilité des hanches et des genoux normale.
- L'examen est normal par ailleurs.

Biologie

- Na : 141 mmol/l, K : 4 mmol/l, RA : 19 mmol/l, Cl : 120 mmol/l, P : 70 g/l, Créat : 85 pmol/l, Ca : 3,1 mmol/l, phosphore : 0,7 mmol/l, PAL normales.
- Hb = 13 g/dl, Pq = 280 000/mm³, GB = 5 300/mm³, Ht = 46 %, VS = 15 mm, EPP : normale.
- Urines des 24 h = 1 l, Ca urinaire = 9 mmol/l, protéinurie = 0.

- 1) Quels sont les désordres métaboliques chez cette patiente ?
- 2) Si l'albumine était à 25 g/l, quelle serait la valeur de la calcémie corrigée ?
- 3) Vous faites un ECG. Quelles anomalies devez-vous rechercher ?
- 4) Quel traitement symptomatique proposez vous dans l'immédiat, en l'absence d'anomalie à l'ECG ?
- 5) Quelle étiologie vous paraît la plus probable dans le cas présent ? Justifiez.
- 6) Quel bilan biologique et radiologique réalisé à distance de l'épisode aigu confirmerait le diagnostic étiologique ?
- 7) Votre hypothèse diagnostique est confirmée. Quel est le traitement étiologique ?
- 8) Quelles associations pathologiques doit-on systématiquement rechercher dans ce contexte ?

DOSSIER N°1

1) Quels sont les désordres métaboliques chez cette patiente ? (15)

- hypercalcémie, hypophosphorémie10
- Acidose métabolique probable.....5

2) Si l'albumine était à 25 g/l, quelle serait la valeur de la calcémie corrigée ? (5)

- Calcémie corrigée (mmol/l) = calcémie + (40-albuminémie) x 0,02.
- Calcémie corrigée (mmol/l) = 3,1 + (40-25) x 0,02 = 3,1 + 15 x 0,02 = 3,1 + 0,3 = 3,4.....5

3) Vous faites un ECG. Quelles anomalies devez-vous rechercher ? (10)

- Tachycardie2
- Raccourcissement de l'espace QT.....3
- Inversion des ondes T3
- Allongement du PR2
- Troubles du rythme (ESV et ESA).....NC

4) Quel traitement symptomatique proposez-vous dans l'immédiat, en l'absence d'anomalie à l'ECG? (15)

- Devant une hypercalcémie sévère (> à 3 mmol/l) bien tolérée sur le plan viscéral
- Hospitalisation en urgence.....3
- Réhydratation et rééquilibrage hydro-électrolytique par voie parentérale au début puis par usage de boissons abondantes accompagnées d'apports sodés.....3
- Calcitonine 4 à 8 UI/kg/j en 3 injections par jour (SC) au début puis relais si besoin par :3
- biphosphonates, pamidronate (Arédia®) en perfusion unique (30 à 60 mg) IVL.....3
- Antalgiques si besoin.....NC
- Surveillance : conscience, pouls, tension artérielle/4 h, diurèse/24 h, ionogramme, urée, créatinine, calcémie/24 h.....3

5) Quelle étiologie vous paraît la plus probable dans le cas présent ? Justifiez. (15)

- Hyperparathyroïdie primitive par adénome parathyroïdien4
- Hyperparathyroïdie primitive
 - hypercalcémie sévère (> 3 mmol/l)2
 - hypophosphorémie (< 0,85 mmol/l)2
 - acidose métabolique.....1
 - absence d'arguments pour une hypercalcémie d'origine néoplasique (normalité de l'examen clinique, pas d'AEG, NFS, VS, EPP normales)2
- Adénome
 - argument de fréquence (80 % des cas)2
 - terrain (femme d'une cinquantaine d'années, ATCD familiaux de chirurgie cervicale)2

6) Quel bilan biologique et radiologique réalisé à distance de l'épisode aigu confirmerait le diagnostic étiologique ? (20)

- Biologie
 - bilan phosphocalcique sanguin et urinaire sur 3 jours4
 - PAL et hydroxyprolinurie.....2
 - dosage radio-immunologique de la PTH 1-843
 - AMPc sanguin et urinaire.....NC

• Radiologie	
- bilan d'hyperparathyroïdie	
. radiographies standard du rachis lombaire, du bassin, des mains, du crâne et du panoramique dentaire	5
- recherche adénome parathyroïdien	
. échographie cervicale	3
. si besoin scanner cervical, scintigraphie au MIBI	2
. cervicotomie exploratrice.....	1

7) Votre hypothèse diagnostique est confirmée. Quel est le traitement étiologique? (10)

• Exérèse chirurgicale de l'adénome parathyroïdien.....	5
• Examen histologique extemporané de la pièce opératoire (0 si oublié).....	4
• Substitution calcique post-opératoire afin d'éviter hypocalcémie secondaire	1
• L'intervention devra avoir lieu plus de trois semaines après la perfusion d'Arédia~, en raison du risque d'hypocalcémie postopératoire (période de rémanence du traitement).....	NC

8) quelles associations pathologiques doit-on systématiquement rechercher dans ce contexte? (10)

• Hyperparathyroïdie familiale et néoplasie endocrinienne multiple	10
--	----

Remarques

1. La calciurie normale est comprise entre 2,5 et 7,5 mmol/24 h. Dans l'hyperparathyroïdie, la calciurie est très variable, pouvant être tantôt élevée (conséquence de l'hypercalcémie), tantôt basse (due à l'augmentation de la réabsorption tubulaire de calcium sous l'effet de la PTH).
2. Devant une hypercalcémie mal tolérée sur le plan viscéral (confusion, troubles du rythme, insuffisance rénale...), une hospitalisation d'urgence en réanimation avec scope et diurèse forcée s'impose.
3. Le dosage de l'AMPC urinaire n'est plus nécessaire depuis le développement du dosage radio-immunologique de la PTH 1-84.

DOSSIER N°2 : Douleur brutale au membre inférieur droit chez un éthylique

M. P., chauffeur âgé de 42 ans, sans antécédent en dehors d'une intoxication éthylique chronique, vous consulte pour une douleur de l'aîne à droite irradiant parfois à la face antérieure de cuisse jusqu'au genou apparue brutalement 15 jours auparavant sans notion de traumatisme. Cette douleur se manifeste dès la mise en charge (d'où la diminution très nette du périmètre de marche); il existe quelques douleurs nocturnes qui le réveillent parfois.

À l'examen

-T°: 37,3°C ;

- boiterie à la marche ;

-mobilité hanche droite : flexion cuisse sur bassin = 140°, abduction = 45°, adduction = 30°, rotation interne = 45°, rotation externe = 45°, extension = 15°;

- hanche gauche normale.

Des radiographies de hanche droite F + P sont normales.

- 1) Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ?
- 2) Quels examens d'imagerie complémentaires demandez-vous dans l'immédiat ? Qu'en attendez-vous ?
- 3) Quels sont les facteurs favorisants possibles de cette pathologie (tous sexes confondus) ? Lequel est le plus probable dans le cas présent ?
- 4) Quelle serait l'évolution des signes radiographiques en l'absence de traitement?
- 5) Quel est votre traitement?

La douleur disparaît progressivement et le patient peut à nouveau se déplacer normalement sans souffrances. Quinze ans plus tard, il consulte à nouveau devant la réapparition de douleurs de hanche droite à la marche calmées par le repos, à l'origine d'une diminution du périmètre de marche et d'une gêne dans les activités quotidiennes et qui le handicapent dans la pratique de sa profession.

À l'examen, il existe une raideur importante de la hanche droite prédominante sur la rotation interne.

- 6) Quel est votre diagnostic ? Quels signes radiologiques recherchez-vous ?
- 7) Quel traitement proposez-vous alors ?

DOSSIER N°2

1) Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? (15)

- Diagnostics évoqués : douleur mécanique de la hanche et radiographies normales
- ostéonécrose aseptique (ONA) de la tête fémorale droite.....3
- coxite droite débutante2
- coxarthrose droite débutante2
- algodystrophie de la hanche droite2
- cruralgie1
- chondromatose de la hanche droiteNC
- Diagnostic retenu : ONA tête fémorale droite.....5

2) Quels examens d'imagerie complémentaires demandez-vous dans l'immédiat ? Qu'en attendez-vous ? (15)

- Radiographies complémentaires :.....2
- bassin de face, faux profil de Lequesne (en charge).....2
- rachis lombaire F + P.....NC
- peuvent être normales1
- recherche ostéocondensation triangulaire de la tête fémorale1
- recherche anomalie du rachis lombaire pouvant faire évoquer une cruralgieNC
- Scintigraphie osseuse au Tc 99m avec étude du corps entier et des clichés centrés sur les hanches.....2
- peut être normale1
- recherche une fixation parcellaire de la tête fémorale.....1
- IRM de hanche coupes frontales, horizontales et sagittales avec séquences T1, T2 et injection de gadolinium3
- meilleure sensibilité et surtout meilleure spécificité que la scintigraphieNC
- permet d'éliminer une algodystrophie1
- hyposignal localisé en T1 et T21

3) Quels sont les facteurs favorisants possibles de cette pathologie (tous sexes confondus) ? Lequel est le plus probable dans le cas présent ? (20)

- Facteurs favorisants possibles
- éthylisme chronique2
- corticoïdes2
- drépanocytose2
- diabète2
- radiothérapie1
- hyperlipidémie, hyperuricémie.....1
- traumatisme, barotraumatisme2
- polyglobulie1
- lupus, présence d'anticoagulants circulants.....2
- infection VIH.....1
- pancréatite aiguë1
- grossesse1
- maladie de Gaucher.....NC
- surcharge pondérale.....NC
- Facteur retenu
- alcool2

4) Quelle serait l'évolution des signes radiographiques en l'absence de traitement? (8)

- Stade 0 = radio normale
- Stade I = ostéocondensation triangulaire de la tête fémorale2
- Stade II = détachement de l'os sous-chondral "en coquille d'oeuf"2
- Stade II I = perte de la sphéricité de la tête2
- (Pour tous ces stades, l'intégrité du cotyle est préservée, on n'observe pas de pincement ni d'ostéophyte).
- Stade IV _- coxarthrose secondaire2

5) Quel est votre traitement ? (20)

- HospitalisationNC
- Repos2
- Mise en décharge (oubli = 0)2
- Traitement médical :NC
- Antalgiques de classe I ou II (paracétamol, avec ou sans codéine selon les besoins)3
- AINS en l'absence de contre-indication (oubli = 0), par exemple Profénid~, 100 mg x 3/j per os2
- Arrêt de l'alcool3
- Prévention des complications du sevrage alcoolique : bonne hydratation et supplémentation vitaminique.....2
- Prévention des complications de décubitus : héparine de bas poids moléculaire à dose préventive.....2
- Apprentissage du pas simulé avec cannes anglaises2
- Rééducation, kinésithérapie2
- Corticoïdes = 0.
- Surveillance (oubli = 0).

6) Quel est votre diagnostic ? Quels signes radiologiques recherchez-vous ? (15)

- Diagnostic : coxarthrose droite secondaire5
- Signes radiologiques
- pincement coxo-fémoral supéro-externe.....2
- ostéophytose.....2
- condensation sous-chondrale.....2
- géode.....2
- déformation de la tête fémorale qui est aplatie.....2
- coxométrie normale (absence de dysplasie).....NC

7) Quel traitement proposez-vous alors ? (7)

- Même si le patient est jeune (57 ans) le seul traitement que l'on puisse lui proposer est un traitement chirurgical
- Réalisation d'une prothèse totale de hanche.....7
- S'assurer que l'alcool a bien été arrêté.....NC

DOSSIER N°3 : Une sciaticque tronquée à bascule

Monsieur S., 27 ans, est hospitalisé en rhumatologie pour bilan devant une sciatgie tronquée droite non impulsive à la toux, apparue sans facteur déclenchant depuis 10 jours. Les douleurs sont exacerbées la nuit, accompagnées par des dorsalgies. Six mois auparavant, il avait eu une sciaticque gauche qui avait totalement guéri en 48 h sous 150 mg d'indométacine. Il n'a aucun antécédent de pathologie ulcéreuse. Tabagisme chronique 1 paquet/ depuis 10 ans.

Examen clinique

- Apyrexie. Pas d'altération de l'état général.
- Schober à 10 + 1,5 cm avec flexion du rachis indolore.
- Pas de sonnette ni de signe de Lasègue.
- La pression en pleine fesse droite déclenche la sciatgie.
- Palpation paravertébrale lombaire indolore.
- Douleur provoquée à la palpation des épineuses de la charnière dorso-lombaire.

Examens biologiques

- Hb : 12,5 g/dl, GB : 7320 /mm³, Plq : 367 000 /mm³, VS : 50 mm à la 1^{re} heure.

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez.

2) L'examen cutanéomuqueux n'est pas détaillé. Précisez les signes cliniques qui doivent être recherchés.

3) Le HLA B27 n'est pas retrouvé chez ce patient. Cela suffit-il pour éliminer le diagnostic ?

4) Votre hypothèse est retenue. Quel traitement proposez-vous ?

Un mois plus tard, tous les signes fonctionnels ont disparu. En revanche, le patient souffre depuis 4 jours du genou droit qui est rouge et enflé. Il existe un fessum réductible de 10°, la flexion est limitée à 100°. Vous trouvez un choc rotulien à droite. L'analyse du liquide articulaire du genou est la suivante : 16 000 éléments dont 80 % de PNN non altérés, 120 hématies, absence de germe au direct et après culture.

5) Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ?

6) À quelles complications viscérales est exposé ce patient à long terme ?

DOSSIER N°3

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez. (20)

- Spondylarthrite ankylosante.....5
- Terrain : homme, jeune2
- Anamnèse
 - atteinte axiale au premier plan2
 - horaire inflammatoire2
 - sciatiques tronquées à bascule évocatrices de sacro-ilûte2
 - efficacité spectaculaire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sur les douleurs2
- Clinique
 - raideur rachidienne lombaire (Schober faible)1
 - sciatalgie déclenchée par la pression sur la sacro-iliaque droite1
 - douleur à la charnière dorso-lombaire1
- Signes négatifs : pas de Lasègue, pas de sonnette, pas d'impulsivité.....2

2) L'examen cutanéomuqueux n'est pas détaillé. Précisez les signes cliniques qui doivent être recherchés. (15)

- Psoriasis : coudes, genoux, pli fessier, visage, cuir chevelu, ongles, nombril.....5
- Uréthrite, balanite4
- Conjonctivite.....4
- Kératose palmoplantaire1
- Lésions de la muqueuse buccale (aphtes...)1

3) Le HLA B27 n'est pas retrouvé chez ce patient. Cela suffit-il pour éliminer le diagnostic ? (10)

- NON10

4) Votre hypothèse est retenue. Quel traitement proposez-vous? (20)

- AINS, à libération prolongée le soir pour couvrir la fin de nuit et en l'absence de contre-indication (0 si oublié) : Chrono-Indocid® 75 mg le soir et Indocid® 25 mg le matin.....3
- Protecteur gastrique en cas de douleurs épigastriques : Cytotec®1 matin et soir.....2
- Diminuer progressivement les posologies jusqu'à l'obtention de la dose minimale efficaceNC
- Antalgiques de classe I ou II1
- Repos1
- Kinésithérapie respiratoire et posturale3
- Prise en charge sociale (100 %,reclassement professionnel éventuel).....2
- Règles hygiéno-diététiques :2
- dormir sur plan dur sans oreiller.....1
- sport (natation sur le ventre)1
- musculation.....1
- arrêt du tabac.....1
- Surveillance (0 si oublié) :.....2

Fréquence des poussées, douleur, gêne fonctionnelle, consommation d'AINS et d'antalgiques, clinique Schober, distance mains-sol, occiput-mur, C7-mur, menton-sternum, ampliation thoracique.....NC

5) Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ? (15)

- Traitement local : infiltration locale de corticoïdes et immobilisation.....10
- Synoviorthèse à l'acide osmique en cas d'échecs répétés5

6) À quelles complications viscérales est exposé ce patient à long terme ? (20)

- Oculaires : uvéite antérieure.....3
- Cardiaques :insuffisance aortique, troubles de la conduction (BAV)3
- Neurologiques : syndrome de la queue de cheval et compression médullaire sur fracture rachidienne3
- Osseuses : fractures fréquentes3
- Pulmonaires :Insuffisance respiratoire chronique rare.....3
- Iatrogènes : ulcères gastro-duodénaux, allergie3
- Complications de décubitus2
- Rénales pour certains (amylose, néphropathie à IgA...)NC

Remarques

1. 90 % des patients atteints de SPA sont HLA B27 positifs.
2. Les critères d'Amor, qui permettent de reconnaître tous les rhumatismes appartenant à la famille des spondylarthropathies ne sont pas à connaître par cœur pour l'internat. En revanche, leur connaissance peut s'avérer bien utile pour la justification d'un diagnostic afin de n'oublier aucun mot clé.

DOSSIER N°4 : Lombalgies chez une femme de 65 ans

Mme T., 65 ans, ménopausée depuis 16 ans sans traitement hormonal substitutif, vous consulte pour des lombalgies aiguës apparues il y a quelques semaines peu de temps après une petite glissade au lever du lit. Ces douleurs sont réveillées à la mise en charge et calmées par le repos. La patiente est tabagique à 30 PA, sans aucun antécédent.

Examen clinique

- État général conservé, examen neurologique normal. Apyrexie.
- Douleur à la pression des épineuses lombaires L3, L4 et L5. Raideur rachidienne lombaire (Schober à 10 + 2 cm).
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Bilan biologique

- NFS : normale, numération des plq : 265 000/mm³, VS : 25 mm.
- Ca : 2,4 mmol/l, phosphorémie : 1 mmol/l.
- Ionogramme sanguin normal, créatininémie normale.

On réalise un cliché du rachis lombaire F + P.

La radiographie du rachis lombaire de profil ci-dessous est soumise à votre interprétation

1) Décrivez la radiographie. Quel est votre diagnostic ? Quelles sont les étiologies à évoquer devant un tassement vertébral spontané ?

2) Complétez le bilan à visée diagnostique.

Le diagnostic retenu est celui d'ostéoporose trabéculaire.

3) Quels sont les facteurs favorisants connus d'ostéoporose primaire trabéculaire ? Signalez ceux qui sont présents chez la patiente.

4) Quel traitement préventif doit-on entreprendre ?

5) Faut-il envisager un traitement curatif ? Si oui quelles sont les possibilités de traitement qui s'offrent à vous ? Si non, pourquoi ?



DOSSIER N°4

1) Décrivez les radiographies. Quel est votre diagnostic? Quelles sont les étiologies à évoquer devant un tassement vertébral spontané? (20)

Description

- Tassement vertébral2
- biconcave2
- de L4 (diagnostic)2
- Déminéralisation diffuse du rachis.....2
- Respect du mur vertébral postérieur.....1
- Bords des plateaux vertébraux tous visibles1

Étiologies possibles

- Ostéoporose (primaire ou secondaire)3
- Myélome, lymphome2
- Tumeur osseuse primitive ou secondaire (néoplasie viscérale)2
- Hyperparathyroïdie.....1
- Ostéomalacie2
- Maladie de Paget (tassements rares)NC

2) Complétez le bilan à visée diagnostique. (20)

- Biologie :2
- bilan phosphocalcique sanguin et urinaire 3 jours de suite.....6
- PAL, hydroxyprolinurie des 24 h, EPP, protéinurie des 24 h4
- Complément du bilan radiographique :2
- crâne de face et de profil, thorax et bassin de face.....6
- La scintigraphie osseuse est inutile : elle montrerait une hyperfixation aspécifique due au tassement.....NC
- Pour affirmer le diagnostic d'ostéoporose, on peut demander une absorptiométrie, mais celle-ci n'est pas remboursée et elle n'aura pas de répercussion sur la décision thérapeutique dans le cas présentNC

3) Quels sont les facteurs favorisants connus d'ostéoporose primaire trabéculaire? Signalez ceux qui sont présents chez la patiente. (20)

- Sexe féminin.....2
- Âge1
- Carence oestrogénique pré-ménopausique2
- Ménopause précoce, sans substitution hormonale.....2
- Morphotype grand et mince, race blanche.....2
- Sédentarité, immobilisation2
- Alcool, tabac, carences alimentaires.....2
- ATCD familiaux1

On retrouve chez la patiente

- Femme, ménopause précoce sans hormonothérapie substitutive et tabac.....6

4) Quel traitement préventif doit-on entreprendre ? (20)

- Arrêt du tabac.....4
- Substitution hormonale même si ménopausée depuis 18 ans en l'absence de CI (0 si oubli) (ATCD de cancer de l'endomètre ou du sein, ou de mastopathie bénigne)4
- oestrogènes : CEstrogele-, sur les cuisses, en évitant les seins 25 j/mois4
- progestatifs (Utrogestan-) du 15e au 25e jour tous les mois4
- Assurer alimentation riche en Ca, voire supplémentation de 1 g/j associée à de la vitamine D4

5) Faut-il envisager un traitement curatif ? Si oui, quelles sont les possibilités de traitement qui s'offrent à vous ? Si non pourquoi? (20)

- OUI.....10
- Action anti-ostéoclastique : biphosphonates, par exemple Didronel~ (400 mg/j) pdt 15 j relayés par calcium et vitamine D (Stérogyl®) pendant 1 mois.....4
- Ceinture de soutien lombaire (ex. : Lombax®) ou corset en résine4
- Surveiller la taille, et éventuelle récurrence de douleurs dorso-lombaires2

DOSSIER N°5 : Une jambe douloureuse chez un homme de 67 ans

M. P., 67 ans vient consulter aux urgences pour une douleur "terrible" du mollet droit qui est survenue brutalement la veille au soir alors qu'il regardait la télévision. Depuis, elle ne le laisse plus tranquille, l'empêchant de dormir.

Comme antécédents, vous retrouvez une hypertension artérielle traitée par Modurétic® (hydrochlorothiazide et amiloride) depuis 3 ans et des douleurs chroniques du genou droit depuis 7 ans que le patient traite au coup par coup avec du paracétamol (Doliprane~) ou des anti-inflammatoires (Voltarène~). Les douteurs sont habituellement d'horaire mécanique, mais le patient signale des gonflements du genou survenus à plusieurs reprises, accompagnés de réveils nocturnes et de raideur matinale.

Examen clinique

-TA = 15/8 cm Hg T° = 37,8°C FC = 100/mn

- Mollet droit douloureux, chaud, augmenté de volume. Perte du ballant à droite. Signe de Homans positif.

-Petit épanchement du genou droit avec choc rotulien. Douleur à la mobilisation du genou droit sans limitation. Genu varum bilatéral plus marqué à droite.

1) Quel diagnostic évoquez-vous en urgence ? Quels examens vous semble-t-il nécessaire de réaliser pour affirmer ou éliminer ce diagnostic ?

2) Le bilan réalisé vous permet d'éliminer avec certitude ce diagnostic.

À quelle autre pathologie pouvez-vous penser dans ce contexte ? Argumentez.

3) Quel est votre bilan radiologique ? (détaillez votre prescription). Qu'en attendez-vous ?

4) En dehors du bilan radiologique, quel examen est fondamental à visée diagnostique et étiologique ?

5) Quelles sont les étiologies envisageables dans le cas présent ?

DOSSIER N°5

1) Quel diagnostic évoquez-vous en urgence ? Quels examens vous semble-t-il nécessaire de réaliser pour affirmer ou éliminer ce diagnostic ? (20)

- Phlébite surale profonde droite10
- Examens nécessaires
 - D-Dimères5
 - échographie Doppler veineux des membres inférieurs.....5
- Bilan biologique systématique préthérapeutique : TP/TCA, NFSNC

2) À quelle autre pathologie pouvez-vous penser dans ce contexte ? Argumentez. (20)

- Rupture d'un kyste poplité10
- Arguments
 - terrain : genu varum3
 - anamnèse : contexte d'hydarthrose du genou droit à répétition3
 - clinique très évocatrice de rupture de kyste poplité (simulant une phlébite)4
 - signe négatifs : normalité des examens éliminant une phlébite.....NC

3) Quel est votre bilan radiologique ? (détaillez votre prescription). Qu'en attendez-vous ? (20)

- Échographie du creux poplité à la recherche du kyste résiduel après rupture6
- Radiographies standards
 - genoux de face en charge.....3
 - genoux droit et gauche de profil en flexion à 30°.....3
 - genoux de face en charge et en flexion à 30°(Schuss).....2
 - incidence fémoro-patellaire2
- Résultats attendus
 - visualiser le kyste à l'échographie afin d'affirmer le diagnostic2
 - rechercher par les radiographies standard l'arthropathie sous-jacente responsable de la survenue du kyste.....2

4) En dehors du bilan radiologique, quel examen est fondamental à visée diagnostique et étiologique ? (20)

- Ponction du liquide articulaire (0 si oublié)4
- Genou droit.....4
- Analyse cyto-bactériologique4
- Anatomo-pathologique.....4
- Recherche de microcristaux4

5) Quelles sont les étiologies probables dans le cas présent? (20)

- Arthrose fémoro-tibiale interne sur genu varum8
- Chondrocalcinose4
- Goutte4
- Arthrite du genou droit à cristaux d'hydroxyapatite4
- Rupture méniscale post-traumatique.....NC

NB : Ce tableau n'est pas du tout évocateur d'une arthrite septique (fièvre inférieure à 38°C, pas de porte d'entrée infectieuse et pas de limitation de la mobilité du genou droit.

DOSSIER N°6 : Douleur du membre inférieur droit chez un éthylique

M. C., 48 ans, vous rend visite car il souffre depuis 6 mois de "la jambe" droite.

En fait la douleur qu'il décrit à droite est localisée à l'aine et irradie dans toute la cuisse et même parfois jusqu'au genou. Elle est survenue progressivement sans facteur déclenchant. Elle est exacerbée par la station debout prolongée ou la marche à tel point que le patient a progressivement réduit son périmètre de marche qui est actuellement de 500 mètres ce qui le gêne beaucoup dans son travail (il est livreur de viande chevaline). Le patient se décrit lui-même comme étant bon vivant : il est breton, boit facilement une bouteille de vin et fume 1 paquet de cigarettes brunes sans filtre tous les jours. Il n'a jamais eu de problème de santé jusqu'à présent. Son père, qui était "une vraie force de la nature" a commencé à avoir du mal à marcher vers 40 ans.

Examen clinique

-Taille : 1,82 m ; Poids : 126 kg ; TA : 17/9 cm Hg ; T° : 36,8°C.

-Appui monopodal droit très douloureux.

-Mobilité de la hanche gauche normale.

- Douleur à la mobilisation passive de la hanche droite dans les amplitudes extrêmes.

- Mobilité de la hanche droite

. flexion : 90°;

. extension : 0°;

. abduction : 30°;

. adduction : 20°;

. rotation externe : 30°;

. rotation interne : 20°.

-Absence de syndrome rachidien, genoux mobiles et indolores. Absence de signe Léri et de Lasègue.

-Auscultation pulmonaire : ronchi bilatéraux. Pas d'autre anomalie clinique (orifices herniaires libres).

Vous décidez de réaliser une radiographie de bassin.

1) Décrivez la radiographie de bassin. Complétez le bilan radiologique.

2) Quel est votre diagnostic ? Arguments cliniques.

3) Quels facteurs favorisants de la coxarthrose retrouvez-vous chez ce patient ?

4) De quelles mesures préventives aurait-il pu bénéficier ?

5) De quels traitements disposez-vous dans le cas présent ?



DOSSIER N°6

1) Décrivez la radiographie de bassin. Complétez le bilan radiologique. (20)

• Coxarthrose droite.....	5
- pincement coxo-fémoral.....	1
-ostéophytose cotylo'idienne droite débutante.....	1
-géode cotylo'idienne	1
• Déformation de la tête fémorale bilatérale plus marquée à droite.....	NC
• Dysplasie de hanche bilatérale	4
- insuffisance de couverture styloïdienne externe droite et gauche (VCE < 25°)	2
-coxa plana bilatérale (angle cervico-diaphysaire < 100°)	2
• Examens complémentaires	
• Hanche droite face et faux profil de Lequesne.....	4

2) Quel est votre diagnostic ? Argumentez. (20)

• Coxarthrose droite sur dysplasie de hanche bilatérale	10
• Arguments	
-terrain :.....	1
. surcharge pondérale.....	1
. âge jeune.....	1
. travail difficile.....	1
- anamnèse :	1
. douleur inguinale droite.....	1
. horaire mécanique	1
. réduction du périmètre de marche.....	1
. clinique : limitation de la hanche droite, douleur en fin de mouvement	2

3) quels facteurs favorisants de la Coxarthrose retrouvez-vous chez ce patient? (20)

• Dysplasie congénitale de hanche (origines bretonnes)	8
• Surcharge pondérale.....	6
• Surmenage professionnel	6

4) De quelles mesures préventives aurait-il pu bénéficier ? (20)

• Régime amaigrissant.....	5
• Éviter port de charges lourdes.....	5
• Reclassement professionnel.....	5
• Kinésithérapie et économie de hanche.....	5

5) De quels traitements disposez-vous dans le cas présent ? (20)

• Repos	4
• Antalgiques de classe I ou II (paracétamol +/- dextropropoxyphène ou codéine)	4
• AINS avec protecteurs gastriques.....	4
• En cas d'échec :infiltrations de la hanche aux corticoïdes	4
• En cas d'échec des traitements médicaux et si l'impotence fonctionnelle s'aggrave : arthroplastie totale de hanche en fonction de l'âge du patient.....	4

DOSSIER N°7 : Un envoûtement très désagréable

M. S., 32 ans, consulte aux urgences devant des douleurs dorsales rebelles aux traitements médicaux. Il est d'origine malienne, vit en France depuis 5 ans et n'a pas d'antécédent particulier. Il est marié et a une fille de trois ans. Cette douleur a débuté de manière insidieuse il y a trois mois juste après qu'il se soit fâché avec son voisin. Il pense que celui-ci a dû lui jeter un sort puissant car depuis, l'intensité de la douleur s'est accrue progressivement, exacerbée par la station debout prolongée et occasionnant également plusieurs réveils nocturnes. Les antalgiques de classe I et II sont impuissants. Le patient signale par ailleurs des sueurs nocturnes abondantes depuis 2 mois et une perte de 2 kg en un mois.

Examen clinique

- TA : 13/7 cm Hg ; T° : 38,2°C.
- Raideur rachidienne, douleur à la pression des épineuses dorsales.
- Auscultation pulmonaire : quelques râles crépitants à la base gauche. Auscultation cardiaque : normale.
- Examen neurologique normal.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez.
- 2) Quel bilan radiologique demandez-vous ? Hiérarchisez votre réponse.
- 3) Quels examens paracliniques hors imagerie demandez-vous d'emblée ?
- 4) Votre diagnostic est confirmé. Quel traitement mettez-vous en oeuvre ?
- 5) Quelle est votre surveillance ?

Peu avant sa sortie, après un mois de traitement, alors qu'il était efficacement soulagé depuis 15 jours, le patient ressent une violente douleur dorsale qu'il vous signale aussitôt. Vous constatez une hypotonie du membre inférieur droit avec un déficit thermoalgésique du côté gauche. Les ROT sont plus vifs au membre inférieur droit qu'à gauche. Réflexe cutané plantaire droit : ébauche d'extension. Les radiographies de contrôle du rachis lombaire montrent un tassement de la vertèbre D6 avec recul du mur postérieur.

- 6) Quel est votre diagnostic ? Quel type de traitement envisagez-vous ?

DOSSIER N°7

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez. (15)

• Spondylodiscite dorsale tuberculeuse (mal de Pott)	5
• Arguments	
- terrain : origine africaine.....	2
- anamnèse	
. douleur d'évolution subaiguë	1
. horaire mixte.....	1
. sueurs nocturnes.....	1
. résistance de la douleur aux antalgiques de classe I et II	1
- clinique	
. fièvre.....	1
. syndrome rachidien (douleur dorsale, raideur).....	1
. amaigrissement.....	1
. foyer pulmonaire à l'auscultation.....	1

2) Quel bilan radiologique demandez-vous ? Hiérarchisez votre réponse. (15)

• Radiographies standards :.....	3
- rachis dorsal face et profil :.....	2
- thorax face et profil.....	2
• IRM rachidienne dorsale.....	3
- avec séquences pondérées en T _i , T ₂ , T ₁ avec injection de gadolinium	3
- coupes sagittales, frontales, et horizontales	2

3) Quels examens biologiques et bactériologiques demandez-vous d'emblée ? (20)

• Biologie :	NC
- NFS, VS, CRP, TP-TCA, ionogramme sanguin, urée, créatininémie, bilirubine, γGT, transaminases, phosphatases alcalines, calcémie, électrophorèse des protéines sanguines (1/2 point par item).....	6
- Sérologie VIH (après accord)	1
• Bactériologie :	NC
- IDR à la tuberculine	1
- les prélèvements à visée bactériologique doivent être réalisés avant toute antibiothérapie	3
- BK crachats, BK tubages, BK urinaires 3 jours de suite.....	2
- examen direct avec coloration de Ziehl et culture en milieu de Lowenstein	2
- recherche de l'ADN de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> par PCR.....	NC
- 6 hémocultures systématiques	1
- ECBU	2
- Ponction sous scanner d'une collection paravertébrale ou du disque atteint en cas de négativité des prélèvements précédents et analyse cyto-bactériologique des prélèvements (oubli = 0)	2

4) Votre diagnostic est confirmé. Quel traitement mettez-vous en oeuvre ? (20)

• Hospitalisation (oubli = 0).....	NC
• Repos au lit strict (oubli = 0)	2
• Après réalisation des prélèvements bactériologiques	1
• Antibiothérapie probabiliste	1
• Per os.....	1
• Bactéricide.....	1
• À visée antituberculeuse	1

• Association en tri ou quadrithérapie comprenant au moins :	1
- rifampicine (Rifadine~), isoniazide (Rimifon®)	2
-en association avec : pyrazinamide (Pirilène®) et/ou éthambutol (Myambutol~)	1
-relais par bithérapie après trois mois, pour une durée totale d'un à deux ans	1
• Antalgiques : morphiniques si nécessaire au début	~1
• Immobilisation avec corset plâtré (oubli = 0)	1
• Prévention des complications de décubitus (HBPM, détailler, oubli = 0)	1
• Isolement si le patient a des crachats bacillifères	1
• Déclaration obligatoire et prise en charge à 100 %	2
• Dépistage familial et dans l'entourage proche du patient	2

5) quelle est votre surveillance ? (15)

• Clinique :	2
-diminution de la douleur, amélioration de l'état général, disparition de la fièvre	2
-examen neurologique et auscultation pulmonaire quotidienne	2
-poids escarres et phlébite (oubli -- p)	NC
-vision des couleurs après 15 jours de traitement en cas d'utilisation de l'éthambutol	1
-couleur des urines (rouges), témoignant d'une bonne observance pour la rifampicine	NC
• Biologique :	2
-NFS, VS, CRP hebdomadaire pour surveiller le syndrome inflammatoire	2
-isoniazidémie en début de traitement (dépistage des acétyleurs lents)	1
-surveillance sous traitement : ionogramme et transaminases hebdomadaires au début ainsi qu'uricémie reflétant la bonne observance du Pirilène~	NC
• Radiologique :	2
- rachis dorsal Face et Profil et thorax de face, tous les 15 jours au début du traitement	1
-(recherche de tassements vertébraux pouvant compliquer l'évolution de la maladie au cours des deux premiers mois de traitement)	NC

6) Quel est votre diagnostic ? Quel type de traitement envisagez-vous ? (15)

•Tassement de la vertèbre touchée par l'infection avec compression médullaire dorsale secondaire traduite par un syndrome de Brown-Séquard droit	5
• En urgence (0 si oublié)	5
• Traitement chirurgical à visée décompressive	5
• Prélèvement des tissus en cours d'intervention et analyse anatomo-pathologique et cyto-bactériologique avec <u>mise en culture des prélèvements</u>	NC

DOSSIER N°8 : Polyarthrite fébrile chez une femme jeune

Mme F., 47 ans, vous est adressée par son médecin traitant devant un tableau de polyarthrite évoluant depuis un mois et demi résistant aux traitements par antalgiques simples. Les douleurs ont débuté par les poignets et les mains puis se sont étendues aux chevilles, aux pieds et aux genoux. Elles se sont accompagnées de gonflements articulaires, entraînant des réveils nocturnes en 2^e partie de nuit. Vous retrouvez également un dérouillage matinal touchant principalement les deux mains évalué à 2 heures. Actuellement la patiente souffre surtout du poignet gauche et du genou droit.

Antécédents : appendicectomie dans l'enfance. Pas de problème cutané, ophtalmologique. Aucun antécédent de rhumatisme inflammatoire dans la famille.

Le médecin a demandé des radiographies des pieds et des mains qui montrent une petite érosion de la tête du 5^e métatarsien droit.

Examen clinique

-T°: 37,8°C ; TA : 12/8 ; FC : 90/mn.

-Synovites : MCP II et III des deux côtés, IPP des III et IV doigts à gauche comme à droite, des deux poignets prédominant à gauche, des MTP IV et V à droite comme à gauche.

-Chevilles chaudes, gonflées et douloureuses à la mobilisation; épanchement bilatéral des genoux prédominant à droite. Sacro-iliaques indolores.

-Auscultation cardiaque : pas de souffle. Auscultation pulmonaire : normale. Mollets souples.

-Aires ganglionnaires libres.

- 1) Quel diagnostic vous paraît être le plus probable ? Argumentez.
- 2) Quel prélèvement faut-il faire immédiatement en urgence ?
- 3) Quel est votre bilan biologique ?
- 4) Le bilan immunologique réalisé est négatif. Faut-il éliminer le premier diagnostic évoqué ? Pourquoi ?
- 5) Dans ce contexte, vous décidez de pratiquer une biopsie synoviale du genou. Quels résultats en attendez-vous ?
Le traitement que vous choisissez d'instituer s'avère très rapidement efficace. Trois ans plus tard, la patiente arrive à votre consultation. Elle n'a plus de synovite à part au poignet gauche qui est très tuméfié avec une saillie de la tête cubitale douloureuse à la pression. Douleur à l'extension contrariée du 5^e doigt gauche.
- 6) Quelle complication redoutez-vous ? Quel traitement faut-il envisager ?

DOSSIER N°8

1) (quel diagnostic vous paraît être le plus probable ? Argumentez. (20)

• Polyarthrite rhumatoïde	8
• Arguments	
-terrain : femme jeune	2
- anamnèse	
. douleurs articulaires d'horaire inflammatoire	2
. symétriques.....	1
. touchant les petites articulations	1
. avec dérouillage matinal et réveils nocturnes.....	2
-clinique	
. fébricule.....	1
. synovites des petites et des grosses articulations.....	1
- paraclinique : érosion de la tête du 5e métatarsien droit à la radiographie standard	2
-signes négatifs : absence de psoriasis, d'atteinte oculaire, de photosensibilité et d'autre anomalie clinique (sacro-iliaques indolores, aires ganglionnaires libres, auscultation cardiaque normale	NC

2) Quel prélèvement faut-il faire immédiatement en urgence ? (20)

• Ponction de liquide articulaire du genou gauche (0 si oublié).....	8
• Analyse cyto-bactériologique	4
• Recherche de microcristaux	4
• Analyse anatomo-pathologique.....	4

3) Quel est votre bilan biologique complémentaire? (20)

• Recherche syndrome inflammatoire :	2
- NFS, VS, CRP, EPP	4
• Recherche atteinte viscérale :	NC
-ionogramme sanguin, créatininémie, protéinurie des 24 h, transaminases, YGT, PAL.....	3
• Bilan infectieux :	2
- hémocultures systématiques (3 à 6), ECBU	4
• Bilan immunologique :	2
-facteur rhumatoïde, facteurs antinucléaires, dosage du complément sérique	3
• ac anti-illagrine	
• Bilan d'arthrite microcristalline : calcémie, uricémie.....	NC

4) Le bilan immunologique réalisé est négatif. Faut-il éliminer le premier diagnostic évoqué ? Pourquoi ? (15)

• NON	6
• Le facteur rhumatoïde est souvent négatif au début de la maladie	3
- il se positive par la suite mais reste négatif dans environ 15 % des cas	3
• Si l'on recherche les critères de classification de la PR (de l'ACR) chez cette patiente on obtient un score supérieur à 4	3

5) Dans ce contexte, vous décidez de pratiquer une biopsie synoviale du genou. Quels résultats en attendez-vous ? (15)

- Multiplication et hypertrophie des franges synoviales.....3
- Hyperplasie de la couche bordante des synoviocytes3
- Néo-angiogenèse3
- Infiltration lympho-plasmocytaire3
- Foyers de nécrose fibrinoïde3
- Ragocytes.....NC

6) Quelle complication redoutez-vous ? Quel traitement faut-il envisager ? (10)

- Rupture du tendon de l'extenseur du 5^e doigt de la main gauche due à une ténosynovite associée à une érosion en regard de la saillie de la tête cubitale5
- Traitement chirurgical : résection de la tête cubitale et synovectomie du poignet gauche5

Remarque

Critères de l'ACR

1. Dérouillage matinal (au moins 1 h).
2. Atteinte d'au moins trois régions articulaires.
3. Arthrite des articulations de la main.
4. Arthrite symétrique.
5. Nodules rhumatoïdes.
6. Facteur rhumatoïde sérique.
7. Signes radiographiques (non équivoques).

Quatre critères suffisent pour porter le diagnostic de PR.

Les critères 2, 3 et 4 doivent être présents depuis au moins 6 semaines...

DOSSIER N°9 : Polyarthrite fébrile chez une femme jeune

Mme P., 32 ans, consulte pour des douleurs articulaires apparues il y a 2 mois. Ces douleurs ont d'abord concerné les deux genoux et se sont progressivement étendues aux poignets, aux coudes, aux chevilles et aux métacarpophalangiennes. Elles s'accompagnent de gonflements des articulations concernées et sont d'horaire plutôt inflammatoire avec réveils nocturnes.

Antécédents : photosensibilité, syndrome de Raynaud ancien, une fausse couche spontanée lors de sa deuxième grossesse (la 1^{re} s'étant déroulée sans problème). Elle n'a pas de contraception.

Examen clinique

- T°: 38,2°C ; TA :12/8 cm Hg ; FC : 85/mn.
- Asthénie, perte de 3 kg en 2 mois.
- Auscultation cardiaque normale.
- Gonflement des genoux prédominant à gauche et douleur des autres articulations à la mobilisation.
- Examen clinique normal par ailleurs.

Biologie

- NFS : GB = 3 200/mm³, Hb = 11,2 g/dl, Plq = 125 000/mm³, VS = 92 mm à la 1^{re} heure.
- TCA malade = 50 s / témoin = 35 s, TP normal.
- Ionogramme sanguin : normal, créatininémie = 80 µmol/l, Protéinurie/24 h = 0,08 g.
- Radiographies des articulations touchées : normales.

- 1) Quels diagnostics évoquez-vous ? Lequel vous semble être le plus probable ? Justifiez.
- 2) Quel autre prélèvement devez-vous réaliser rapidement ?
- 3) Complétez le bilan paraclinique.
- 4) Quelles manifestations cutanéomuqueuses devez-vous rechercher dans l'hypothèse où le diagnostic initial se verrait confirmé par votre bilan ?
- 5) Quelles solutions thérapeutiques pouvez-vous proposer à la patiente ?
- 6) Quelles sont les complications de la maladie qui peuvent assombrir le pronostic ?

DOSSIER N°9

1) Quels diagnostics **évoquez-vous** ? Lequel vous semble être le plus probable ? Justifiez. (20)

• Diagnostics évoqués	
- connectivite :	1
. lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD).....	2
. syndrome de Gougerot-Sjégren	1
- rhumatisme inflammatoire :	1
. polyarthrite rhumatoïde	1
. rhumatisme psoriasique.....	1
. polyarthrite septique ou virale	1
. polyarthrite microcristalline	NC
• Diagnostic le plus probable : LEAD	2
• Arguments	
-terrain :.._.....	NC
. femme jeune	1
-antécédents :	NC
. photosensibilité.....	1
. syndrome de Raynaud, fausse couche spontanée.....	1
-clinique : acropolyarthrite, altération de l'état général, fièvre.....	2
- biologie : syndrome inflammatoire, leucopénie, anémie.....	2
. anticoagulants circulants probables (TCA allongé).....	1
- radiographies : absence de destruction articulaire	2

2) Quel autre prélèvement devez-vous réaliser rapidement ? (10)

- Ponction de liquide articulaire du genou gauche5
- Analyse cyto bactériologique, anatomopathologique avec recherche de microcristaux (oubli - 0).....5

3) Complétez le bilan paraclinique. (20)

• Bilan infectieux :	1
- hémocultures, ECBU	2
-sérologies hépatites virales B et C, VIH, parvovirus B19.....	2
• Bilan immunologique :	1
-anticorps anti-nucléaires, anticorps anti-ADN natif, facteur rhumatoïde, complément sérique, anticorps anti-Sm, anticorps anti-SSA, recherche d'anticorps anti-cardiolipines (et dosage des anti-(32 GP1)	7
• Radiographie du thorax de face et de profil.....	2
• Échographie cardiaque.....	2
• Complément du bilan biologique : CRP, EPP, bilan hépato-cellulaire	3

4) Quelles manifestations cutanées devez-vous rechercher dans l'hypothèse où le diagnostic initial se verrait confirmé par votre bilan ? (10)

• Éruption du visage en ailes de papillon, éruption malaire, alopecie.....	3
• Lupus discoïde	3
• Aphtes, ulcérations buccales et génitales	2
• Erythème papulo-squameux des doigts.....	1
• Purpura thrombopénique.....	NC
• Vascularite cutanée : livedo, pétéchies, nodules sous-cutanés, macules de la pulpe des doigts et de la paume des mains	1

5) Quelles solutions thérapeutiques pouvez-vous proposer à la patiente ? (20)

- Hospitalisation le temps d'initier le traitement2
- Repos au lit2
- En l'absence d'atteinte viscérale
- AINS ou aspirine en 1^{re} intention (hors contre-indication, oubli = 0)4
- corticoïdes à petites doses (10 mg/j) en cas d'échec durant une courte période jusqu'à la fin de la poussée4
- arrêt de la pilule remplacée par une pilule microprogestative4
- En cas de poussée très importante on peut initier la corticothérapie avec des bolus 3 jours de suite3
- Prévention des complications de décubitus1
- Les immunosuppresseurs sont réservés aux atteintes rénales ou pulmonaires.....NC
- Surveillance (oubli = 0).

6) Quelles sont les complications de la maladie qui peuvent assombrir le pronostic ? (20)

- Atteinte rénale (glomérulonéphrite proliférative diffuse, mésangiale, extramembraneuse, segmentaire ou focale) pouvant entraîner insuffisance rénale sévère, syndrome néphrotique (dialyse souvent nécessaire)6
- Atteinte neurologique (méningo-encéphalites, crises comitiales, neuropathies périphériques, AVC dans le cadre du syndrome des anti-cardiolipines, manifestations psychiatriques)5
- Péricardite2
- Atteintes pulmonaires : pleurésie, fibroses interstitielles, hémorragies intra-alvéolaires, embolie pulmonaire dans le cadre des anti-cardiolipines4
- Infections.....2
- Complications iatrogènes : (ostéoporose cortisonique, rétinopathie au Plaquenil®, ulcères gastro-duodénaux aux AINS.....1

DOSSIER N°10 : Monoarthrite aigüe chez un homme de 68 ans

M. C., 68 ans, sans antécédents, vous consulte pour des douleurs aiguës du genou droit.

Cette douleur a commencé cette nuit ; elle est intense, siège au genou avec des irradiations ascendantes vers la cuisse et entraîne une impotence fonctionnelle quasi-complète du membre inférieur droit.

Examen clinique

- T°= 38,5°C.
- Genou droit rouge, chaud, en flexum modéré à 20° avec un choc rotulien et une mobilisation très douloureuse.
- Le reste de l'examen est normal.

Une radiographie du genou de face est faite.

- 1) Quel diagnostic principal évoquez-vous ? Justifiez.
- 2) Quels sont les diagnostics différentiels à éliminer ?
- 3) Comment confirmer votre diagnostic ? Quels résultats attendez-vous?
- 4) Votre hypothèse diagnostique se confirme. Quelles étiologies devez-vous systématiquement rechercher? Comment?
- 5) Quel est votre traitement ?

Deux ans plus tard, M. C. vous consulte à nouveau pour des douleurs de l'aine droite évoluant depuis 1 mois survenant à la marche et l'obligeant à réduire de plus en plus son périmètre de marche. À l'examen vous retrouvez une raideur importante de la hanche droite. Sur les radiographies de hanche il existe une coxarthrose évoluée qui n'existait pas sur les clichés pratiqués il y a 2 ans.

- 6) Quel diagnostic évoquez-vous ?



DOSSIER N°10

1) Quel diagnostic principal évoquez-vous ? Justifiez. (20)

• Monoarthrite aiguë microcristalline du genou droit due le plus probablement à une chondrocalcinose (CCA)	8
• Arguments	
- arthrite aiguë :	NC
. début brutal	1
. horaire inflammatoire de la douleur	1
. impotence fonctionnelle majeure	1
. fièvre	1
. épanchement	1
- microcristalline :	NC
. pas de frisson	1
. absence de porte d'entrée infectieuse	1
. absence d'antécédent de rhumatisme inflammatoire	1
- CCA	
. âge	1
. localisation au genou	1
. aspect radiologique avec liseré calcique à l'interligne fémoro-tibial	2

2) Quels sont les diagnostics différentiels à éliminer ? (15)

• Arthrite septique aiguë (oubli = 0)	8
• Goutte	4
• Tuberculose	2
• Poussée d'arthrose	1

3) Comment confirmer votre diagnostic ? Quels résultats attendez-vous ? (20)

• Ponction articulaire avec analyse cyto-bactériologique, anatomo-pathologique et recherche de microcristaux	6
- cultures bactériologiques stériles	2
- liquide inflammatoire à polynucléaires neutrophiles	2
- présence de microcristaux de pyrophosphate de calcium en forme de bâtonnets à bouts carrés, faiblement réfringents en lumière polarisée, dissous par l'EDTA	4
• Bilan radiologique complémentaire :	3
- poignets, bassin, épaules et radiographies complémentaires des deux genoux	1
- recherche de liserés calciques situés en regard des ménisques, du ligament triangulaire du carpe, de la symphyse pubienne accompagnés ou non de lésions arthrosiques classiques	2

4) Votre hypothèse diagnostique se confirme. Quelles étiologies devez-vous systématiquement rechercher ? Comment ? (15)

• Formes secondaires	
- hémochromatose	4
- hyperparathyroïdie	4
• Ferritinémie	3
• Calcémie, phosphorémie, calciurie, phosphaturie	4

5) **Quel est votre traitement ?** (20)

• Hospitalisation.....	2
• Repos au lit	2
• Attelle si nécessaire	NC
• Ponctions évacuatrices si besoin.....	3
• Antalgiques simples	3
• Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (hors CI ; oubli = 0)	3
• Ou colchicine, si échec ou contre-indication des AINS	2
• Infiltrations de corticoïdes localement si besoin	3
• Prévention des complications de décubitus (HBPM).....	2
• Surveillance (oubli = 0)	NC

6) **Quel diagnostic évoquez-vous ?** (10)

• Coxarthrose destructrice rapide.....	10
--	----

DOSSIER N°11 : Genou douloureux chez un homme de 53 ans

M. A., 53 ans vient à votre consultation pour une douleur du genou gauche qui le fait souffrir depuis presque 4 ans. Depuis 6 mois, les douleurs se sont accentuées, et s'accompagnent d'un gonflement articulaire bien visible en fin de journée. Elles sont exacerbées par la descente des escaliers, le maintien en station assise prolongée et l'accroupissement, alors que la marche en terrain plat génère peu de douleurs. Le repos en décubitus soulage le patient efficacement mais les changements de position réveillent la douleur. Absence d'antécédents médico-chirurgicaux. Les douleurs ont été calmées à 80 % par un traitement par aspirine® 1 g/j mais ont récidivé après une rééducation avec renforcement dynamique du quadriceps gauche par bicyclette.

Examen clinique

- T°: 37,2°C ; TA :15/7 cm Hg.
- Flessum gauche de 10°.
- Choc rotulien gauche, signe du rabot.
- Douleur du genou gauche survenant en flexion passive après 90°.

Examens paracliniques

- VS= 22 mm à la 1^{re} heure, NFS normale.
- Liquide articulaire : 300 éléments/mm³, 40 % polynucléaires, absence de microcristaux.
- Radiographies standard des genoux de face et profil : normales. Incidence axiale à 45°, pincement fémoro-patellaire externe, condensation sous-chondrale et ostéophyte du bord externe de la rotule.

- 1) Quels arguments retenez-vous à l'encontre d'une arthrite dans cette observation ? Lequel est le plus formel ?
- 2) Quels éléments vous orientent plus vers une cause fémoro-patellaire que vers une cause fémoro-tibiale ?
- 3) Que pensez-vous du traitement qui a été prescrit ?
- 4) Quelles modifications apportez-vous à ce traitement ?
- 5) Doit-on envisager un traitement chirurgical en cas d'échec du traitement médical bien conduit? Si oui, quel type d'intervention proposeriez-vous ? Sinon, pourquoi ?

DOSSIER N°11

1) Quels arguments retenir-vous à l'encontre d'une arthrite dans cette observation ? Lequel est le plus formel ? (20)

- Anamnèse : horaire mécanique de la douleur et de l'épanchement articulaire4
- Biologie : absence de syndrome inflammatoire4
- Liquide articulaire mécanique : moins de 1000 éléments /mm³, 40 % de polynucléaires4
- Radiographies : constructions osseuses ostéophytiques témoignant de l'existence d'une arthrose4
- L'élément le plus formel est la composition du liquide articulaire.....4

2) Quels éléments vous orientent plus vers une cause fémoro-patellaire que vers une cause fémoro-tibiale ? (20)

- Syndrome rotulien : douleur se manifestant lors du fléchissement du genou :4
- à la descente des escaliers, à l'accroupissement, lors du maintien prolongé d'une position assise (signe du cinéma). Douleur aggravée par la rééducation sur bicyclette.....4
- Absence de douleur lors de la marche en terrain plat.....4
- Clinique : signe du rabot4
- Radiographies : pincement fémoro-patellaire externe avec condensation sous-chondrale en regard et ostéophytes4

3) Que pensez-vous du traitement qui a été prescrit ? (20)

- La rééducation par bicyclette était complètement inadaptée car ce type de mouvement ne peut qu'aggraver l'arthrose déjà existante20
- Le traitement par aspirine est un bon traitement des poussées d'arthrose. Attention aux risques de toxicité gastriqueNC

4) Quelles modifications apportez-vous à ce traitement? (20)

- Rééducation avec kinésithérapie visant à faire travailler les faisceaux internes du quadriceps pour ramener la rotule vers l'intérieur :3
- travail isométrique du quadriceps en course interne contre résistance manuelle3
- travail de la rotation interne du tibia, jambe tendue.....3
- respect de l'indolence.....3
- Continuer l'aspirine, selon sa tolérance gastrique4
- Si inefficacité de l'aspirine, essayer infiltrations) locales) de corticoïdes4

5) Doit-on envisager un traitement chirurgical en cas d'échec du traitement médical bien conduit ? Si oui, quel type d'intervention proposeriez-vous ? Sinon, pourquoi ? (20)

- Oui, en cas d'inefficacité du traitement médical bien conduit, car on observe une aggravation progressive de la douleur.....10
- L'intervention consiste en une section de l'aileron rotulien externe et/ou transposition et fixation de la tubérosité tibiale antérieure vers l'intérieur10

DOSSIER N°12 : Une victime du travail

Mme F., âgée de 42 ans, serveuse dans un restaurant, vient aux urgences pour une douleur lombaire gauche apparue brutalement il y a 7 jours, après son travail, et qui s'est mise à irradier dans le membre inférieur gauche la veille au soir. Le trajet de la douleur est le suivant : fesse, face postérieure de cuisse et de jambe, jusqu'au gros orteil. La douleur est calmée par le repos, impulsive à la toux et à la défécation. Elle a déjà souffert de lumbago à deux reprises : il y a 3 ans et 1 an.

Examen clinique

- T°: 36,8°C ; TA :13/7 cmHg.
- Indice de Schober à 10 + 1,5 cm et contracture paravertébrale gauche.
- Signe de Lasègue positif à 30°à gauche, absent à droite.
- Examen neurologique normal, absence de troubles sphinctériens et d'anesthésie en selle.
- Examen normal par ailleurs.

- 1) Quel est votre diagnostic précis (avec mécanisme et topographie) ?
- 2) Sur quels muscles avez-vous recherché un déficit moteur à l'examen clinique ?
- 3) Quels arguments en faveur d'une origine discale retrouvez-vous dans cette observation ? Quels autres signes cliniques évocateurs ont été omis ou sont absents de cette observation ?
- 4) Quel est le bilan radiologique indispensable dans ce cas ? Qu'en attendez-vous ?
- 5) Quel sont les principes de votre démarche thérapeutique ?
- 6) Dans quelles circonstances un traitement chirurgical aurait été indiqué en urgence ?

DOSSIERN° 12

1) Quel est votre diagnostic précis ? (avec mécanisme et topographie) (15)

- Lombosciatique5
- Trajet L5 gauche5
- Par hernie discale probablement paramédiane L4-L5 ou foraminale L5-S1.....5

2) Sur quels muscles avez-vous recherché un déficit moteur à l'examen clinique ? (20)

- Extenseur propre du gros orteil.....4
- Extenseur commun des orteils4
- Péroniers latéraux4
- Jambier antérieur (innervé également par la racine L4)4
- Moyen fessier.....4

3) Quels arguments en faveur d'une origine discale retrouvez-vous dans cette observation ?
Quels autres signes évocateurs ont été omis ou sont absents de cette observation ? (20)

- Terrain : femme jeune, travaillant debout4
- Anamnèse : ATCD de lumbago, facteur déclenchant (travail), horaire mécanique de la douleur, impulsivité4
- Clinique : syndrome rachidien avec raideur et contracture, Lasègue, caractère mono-radiculaire de la douleur.....4
- Signes négatifs : absence de fièvre et d'altération de l'état général4
- Signes omis : signe de la sonnette, attitude antalgique avec cassure.....4

4) Quel est le bilan radiologique indispensable dans ce cas ? Qu'en attendez-vous ? (15)

- Aucun bilan radiologique n'est nécessaire9
- Le diagnostic de lombosciatique par hernie discale est fait de manière certaine grâce à la clinique3
- Les radiographies ne sont indiquées qu'après 3 semaines d'évolution sous traitement sans succès....3

5) Quels sont les principes de votre démarche thérapeutique ? (20)

- En première intention
 - traitement médical par antalgiques, AINS, myorelaxants associés à du repos (arrêt de travail pour au moins 15 jours)6
- En cas d'échec
 - radiographies standardN C
 - infiltrations épidurales (jusqu'à trois), +/- infiltration intra-durale de corticoïdes3
 - corset en résine (scotch-cast) à porter un mois.....3
 - repos prolongé de 15 jours2
- En cas d'échec
 - réalisation d'un scanner lombaire.....N C
 - chimionucléolyse à la papaïne ou discectomie par voie chirurgicale6

6) Dans quelles circonstances un traitement chirurgical aurait été indiqué en urgence ? (10)

- Sciatique avec déficit neurologique d'aggravation progressive encore en cours au moment de l'examen clinique.....4
- Syndrome de la queue de cheval4
- Douleur aiguë très intense dite "hyperalgique", rebelle aux antalgiques les plus forts.....2

DOSSIER N°13 : Céphalées et douleurs articulaires chez un homme de 67 ans

M. S., 67 ans, vous est adressé pour des douleurs touchant les épaules et les hanches évoluant depuis 2 mois. Ces douleurs se sont intensifiées progressivement, rendant les gestes de la vie quotidienne de plus en plus difficiles, avec réveils nocturnes et dérouillage matinal d'une heure. Par ailleurs, il signale des céphalées bitemporales qui sont apparues il y a plusieurs semaines et qui sont peu soulagées par le paracétamol. Le traitement qu'il a depuis 15 jours, comprenant Voltarène® cp 50 mg x 3/j et Diantalvic® 2 gél x 2/j, ne le satisfait pas du tout.

Biologie

- NFS : Hb = 10 g/dl, Plq = 565 000/mm³, GB = 8 500/mm³

-VS=110mmà la 1^{re} heure.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 2) Quels éléments venant conforter votre diagnostic devez-vous rechercher par l'interrogatoire et l'examen clinique ?
- 3) Quel examen supplémentaire vous permettra d'affirmer le diagnostic ?
- 4) Qu'en attendez-vous ?
- 5) Quelles complications de la maladie justifieraient la mise en route d'un traitement en urgence ?
- 6) Selon quels principes et selon quelles modalités instituez-vous votre traitement ?
Après 2 mois de traitement, vous faites un contrôle sanguin. La NFS montre une hémoglobine à 12 g/dl, des plaquettes à 250 000/mm³ et une hyperleucocytose à 11 500/mm³. La VS est à 21 mm à la 1^{re} heure. Vous décidez de diminuer votre traitement. Six mois plus tard, lors d'un contrôle sanguin, vous constatez une VS élevée à 53 mm à la première heure. Il persiste une hyperleucocytose à 12 300/mm³.
- 7) Quelle est votre attitude ? Comment expliquez-vous l'hyperleucocytose ?

DOSSIER N°13

1) Gluel diagnostic évoquez-vous? (10)

- Maladie de Horton (artérite gigantocellulaire)7
- Associée à une PPR.....3

2) Quels éléments venant conforter votre diagnostic devez-vous rechercher par l'interrogatoire et l'examen clinique? (20)

- Interrogatoire
 - asthénie, anorexie3
 - troubles visuels (diplopie, phosphènes, cécité monoculaire transitoire...) (oubli = 0)3
 - hyperesthésie du cuir chevelu.....2
 - claudication intermittente de la mâchoire2
 - myalgies.....2
- Clinique
 - fièvre, perte de poids.....3
 - toux chronique isolée2
 - abolition des pouls temporaux (oubli = 0).....3

3) Gluel examen supplémentaire vous permettra d'affirmer le diagnostic ? (10)

- Biopsie de l'artère temporale avec analyse anatomo-pathologique du prélèvement jusqu'à épuisement du bloc prélevé (0 si formule incomplète)10

4) Qu'en attendez-vous ? (20)

- Peut être normale sans éliminer le diagnostic5
- Anomalies recherchées qui affirment le diagnostic
 - panartérite segmentaire et focale4
 - infiltration granulomateuse gigantocellulaire des trois tuniques artérielles4
 - destruction de la limitante élastique interne qui paraît fragmentée4
 - autres signes : thrombus, nécrose fibrinoïde, atteinte artériolaire3
 - parfois, hyperplasie intinaleNC

5) Gluelles complications de la maladie justifieraient la mise en route d'un traitement en urgence ? (10)

- Cécité par oblitération d'une des branches de l'artère ophtalmique10
- Autres occlusions artérielles (plus rares) : AVC, IDM...NC

6) Selon quels principes et selon quelles modalités instituez-vous votre traitement ? (20)

- Traitement d'attaque en urgence : prednisone (Cortancyl®), per os, à la dose de 1 mg/kgfj jusqu'à disparition des signes cliniques et normalisation de la VS.....4
- Diminution progressive des posologies jusqu'à la dose minimale efficace pour une durée totale de traitement de 2 ans minimum4
- Surveillance (oubli = 0) efficacité du traitement : régression des signes cliniques et diminution de la VS2
- Prévention des complications iatrogènes lors d'une corticothérapie au long cours :2
 - régime peu salé2
 - apports potassiques en fonction du ionogramme.....2
 - pansement gastrique si besoin2
 - = supplémentation calcique et vitaminique D pour prévenir l'ostéoporose cortisonique.....2

7) Quelle est **votre attitude** ? Comment expliquez-vous l'hyperleucocytose ? (10)

- Éliminer tout d'abord tout problème infectieux (recherche de fièvre, examen clinique minutieux, radiographies de thorax, ECBU, hémocultures si fièvre...) (0 si oubli)5
- Dans un second temps, envisager une reprise de la maladie due à la diminution de posologie des corticoïdes : on est passé sous le seuil de sensibilité au traitement, il faut revenir à la posologie précédente (qui est la dose minimale efficace).....5
- L'hyperleucocytose peut être liée à un événement infectieux ou peut être simplement d'origine iatrogène (induite par la corticothérapie).

Remarque concernant la question n°6

Le traitement d'attaque peut être limité à 0,5 mg/kg/j en l'absence de signes évidents de risque élevé de cécité et notamment en l'absence de troubles visuels.

DOSSIER N°14 : Épaule douloureuse chez une femme de 46 ans

Mme R., 46 ans, vous consulte pour une douleur mécanique de l'épaule droite, apparue 3 mois auparavant, d'intensité croissante. Elle était d'abord gênée pour jouer au tennis avec son amie, puis à l'habillage et pour le port de charges lourdes. Les douleurs sont réveillées par le décubitus latéral droit. Il existe une irradiation à la face antérieure du bras. L'état général est conservé. La patiente n'a pas d'antécédent.

Examen clinique

- Apyrexie.
- Mobilité active normale, ainsi que la mobilité passive normale.
- Douleur à la flexion contrariée de l'avant-bras sur le bras, paume tournée vers le haut (palm up test); douleur à la palpation de la gouttière bicipitale.
- L'examen du rachis cervical et l'examen neurologique sont normaux.

1) Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Justifiez.

2) Quels examens radiologiques demandez-vous ?

3) Qu'en attendez-vous ?

4) Quel traitement proposez-vous ?

La patiente vous consulte de nouveau 2 mois plus tard devant l'apparition brutale d'une impotence totale de l'épaule droite sans douleur importante. À l'examen, la mobilité active est impossible alors que la mobilité passive est préservée.

5) Que vous évoque ce tableau ?

6) Quels seront les résultats attendus du bilan radiologique que vous avez demandé avant de lui proposer un traitement chirurgical ?

DOSSIER N°14

1) duels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Justifiez. (20)

- Tendinite du long biceps droit.....4
- Algoneurodystrophie3
- Ostéonécrose aseptique de la tête humérale1
- Ostéochondromatose (corps étranger intra-articulaire)NC
- La tendinite du long biceps est le diagnostic le plus probable3
- douleur ayant débutée après des efforts intensifs (tennis).....2
- douleur survenant au palm up test et à la palpation de la gouttière bicipitale3
- pas de limitation de la mobilité passive ou active2
- pas d'antécédent traumatique pouvant générer une éventuelle algodystrophie2

2) Quels examens radiologiques demandez-vous ? (15)

- Radiographies standard :4
- épaules.....3
- droite et gauche2
- de face (trois incidences : rotation indifférente, interne et externe).....2
- avec profil axillaire, profil glénoïdien3
- Éventuellement échographie de la coiffe des rotateurs.....1

3) Glu'en attendez-vous ? (15)

- Sur les clichés standards
- elles doivent être normales.....10
- parfois on peut voir une calcification tendineuse ou une condensation du trochiter.....3
- À l'échographie on recherche une rupture de la coiffe des rotateurs associée2

4) Quel traitement proposez-vous ? (20)

- Repos, éventuellement arrêt de travail si celui-ci peut empêcher la guérison4
- Antalgiques de classe I ou II et AINS (hors contre-indications)4
- Surveillance (oubli = 0) : prévoir nouvelle consultation à J10.....4
- En cas d'échec, on peut réaliser une infiltration locale aux corticoïdes.....4
- Reprise progressive d'une activité normale dès que la douleur s'est calmée4

5) Que vous évoque ce tableau ? (10)

- Rupture complète de la coiffe des rotateurs10

6) Quels seront les résultats attendus du bilan radiologique que vous avez demandé avant de lui proposer un traitement chirurgical ? (20)

- Radiographies standard :4
- ascension de la tête humérale et diminution de l'espace acromio-huméral (N entre 6 et 14 mm).....4
- rupture du cintre omo-huméral.....2
- ostéophytes de la face inférieure de l'acromion.
- calcifications tendineuses.
- Échographie (opérateur dépendant mais examen simple, peu coûteux et facile à réaliser) : peut permettre de mettre en évidence une rupture de coiffe (hypo-échogénicité en cas de rupture du long biceps due au vide de la gouttière bicipitale).....2

- Arthrographie couplée si possible à un arthroscanner de l'épaule droite.....3
- fuite sous-acromiale de produit de contraste.....3
- montre l'étendue de la rupture de coiffe.....2
- le scanner permet d'évaluer la dégénérescence graisseuse des muscles secondairement à la rupture.
- IRM : (à la place de l'arthroscanner) : hypersignal en T2 témoignant avec beaucoup de précision de l'étendue de la lésion tendineuse.NC
- Arthroscopie (facultatif) : met en évidence la rupture de coiffe et permet également une réparation chirurgicale lorsque le patient est jeune en post-traumatique récent.....NC

DOSSIER N°15 : Traitement d'une goutte

M. J., 58 ans vous consulte pour traitement d'une crise de goutte de la MTP du gros orteil droit qui a débuté il y a 3 jours. Il a déjà eu une crise semblable 2 ans auparavant. Le traitement par Aspirine® 500 mg x 2/j s'est avéré inefficace. Comme antécédents, vous retrouvez 3 coliques néphrétiques en 10 ans et une HTA équilibrée par Modurétic® (hydrochlorothiazide et amiloride) depuis deux ans. Par ailleurs, il fume 1 paquet de cigarettes par jour et avoue boire 3 ou 4 verres de vin à chaque repas.

Examen clinique

- Poids : 97 kg ; Taille : 1 m 65.
- TA : 15/8 cm Hg ; T° : 37,8°C.
- MTP du I droit rouge, chaude, tuméfiée et très douloureuse à la mobilisation.
- Examen normal par ailleurs.
- Uricémie : 485 µmol/l.

- 1) Que pensez-vous du traitement actuel ?
- 2) Quels sont les principaux médicaments hyperuricémiants ?
- 3) Quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à ce patient ?
- 4) La prescription de Désuric® (benzbromarone) vous semble-t-elle justifiée ? Pourquoi ?
- 5) Quelle sera votre attitude thérapeutique en dehors des règles hygiéno-diététiques ?
- 6) Quels sont les effets secondaires de l'allopurinol ?

DOSSIER N°15

1) Que pensez-vous du traitement actuel ? (15)

- Aspirine contre-indiquée en dessous de 2 g/j car hyperuricémiante.....5
- Modurétic~ : diurétique hyperuricémiant5
- Ces deux traitements font monter l'uricémie3
- peuvent favoriser la survenue de crises de goutte2

2) Quels sont les principaux médicaments hyperuricémiants ? (20)

- Pyrazinamide (Pyrilène~)4
- Ethambutol (Myambutol~)4
- Aspirine à dose faible inférieure à 2 g/j4
- Diurétiques thiazidiques et furosémide4
- Chimiothérapies par le biais de la lyse cellulaire4

3) Quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à ce patient ? (20)

- Régime hypocalorique.....4
- Régime pauvre en purines2
- éviter abats, gibiers, crustacés, poissons gras, rhubarbe, épinards.....3
- Arrêt de l'alcool.....4
- Boire 1,5 à 2 l/j avec de l'eau de Vichy pour alcaliniser les urines4
- Éviter les microtraumatismes locaux (chaussures souples)3

4) La prescription de Désuric~ (benzbromarone) vous semble-t-elle justifiée ? Pourquoi ? (15)

- NON5
- Le Désuric~est un urico-éliminateur réservé aux sujets normo-excréteurs.....5
- Il est contre-indiqué en cas d'antécédent de colique néphrétique5
- Il s'agit d'un traitement hypo-uricémiant entrant dans les traitements de fond de la goutte ne devant pas être initié dans l'urgenceNC

5) Quelle sera votre attitude thérapeutique en dehors des règles hygiéno-diététiques ? (20)

- Traitement de la crise :2
- repos1
- antalgiques simples1
- colchicine, tant que dure la crise aiguë, pour une durée minimale de 10 jours1
- prévention des complications de décubitus (ne pas hésiter à prescrire une HBPM en cas d'immobilisation prolongée)1
- Traitement de fond : (à distance de la crise)2
- inhibiteur de synthèse d'acide urique au long cours2
- allopurinol, Zyloric®, à prendre per os au moment des repas2
- adapter la posologie en fonction de l'uricémie (augmentation progressive des doses).....1
- ne jamais débuter un traitement par Zyloric~, sans couverture par colchicine pendant au moins les trois premières semaines.....2
- Surveillance (amélioration de la symptomatologie sous traitement, effets secondaires de la colchicine) (0 si oublié)2
- Proposer changement de traitement anti-hypertenseur et arrêt de l'aspirine à faible dose3

6) Quels sont les effets secondaires de l'allopurinol ? (10)

• Troubles digestifs :	2
-épigastralgies, nausées, vomissements, diarrhées	1
• Manifestations allergiques :	2
-éruption cutanée, leucopénie, syndrome de Lyell ..	1
• Gynécomastie	1
• Interaction médicamenteuse :	1
- potentialisation des AVK	1
• Rash cutané en association avec le Clamoxyl~ (fausse allergie aux pénicillines)	1

DOSSIER N° 16 : Oligoarthritis aiguë chez un jeune homme de 25 ans

M. F., âgé de 25 ans, est hospitalisé pour une oligoarthritis aiguë. Elle a débuté brutalement il y a 2 jours, et touche actuellement le genou gauche et la cheville droite. La douleur au niveau de ces articulations est très intense et insomniente. Depuis 3 jours, le patient se plaint de picotements dans les yeux.

Le patient signale un épisode de diarrhée il y a 3 semaines qui a persisté pendant 5 jours et a disparu spontanément.

Examen clinique

- 67 kg, 1,80 m, sujet en bon état général.

- Impotence fonctionnelle bilatérale des membres inférieurs.
- Gonflement des deux articulations douloureuses avec augmentation de la chaleur locale et choc rotulien gauche.
- Éruption cutanée palmoplantaire hyperkératosique.
- Éruption sur le gland à type de placard infiltré à contour surélevé et desquamant.
- Pas d'ulcération génitale mais il existe un écoulement urétral modéré persistant depuis quelques jours selon le patient.
- Les conjonctives sont rouges des deux côtés.
- Auscultation cardiaque normale.

Biologie

- Hémogramme, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, phosphorémie, bilan hépatique, fonction rénale : normaux.
- VS : 60 mm à la 1^{re} heure. EPP normale.
- ECBU stérile.

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

2) Quelles sont les étiologies possibles de ce syndrome ?

3) Si l'on recherchait les antigènes d'histocompatibilité chez ce patient, quel serait celui qu'on aurait le plus de chance de retrouver ? Son absence remettrait-elle en compte le diagnostic ? Expliquez.

4) Quelles sont les évolutions possibles de cette affection ?

5) Quels autres symptômes peuvent accompagner ce syndrome ?

6) Quelles sont les modalités thérapeutiques à ce stade aigu de la maladie ?

DOSSIER N° 16

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (20)

• Oligoarthritis aiguë réactionnelle	2
- dans le cadre d'un syndrome de Fiechter-Leroy-Reiter	2
- secondaire probablement à une infection digestive (diarrhée)	2
• Arguments	
- terrain : homme jeune	2
- anamnèse : épisode d'écoulement urétral et de diarrhée 3 semaines avant l'oligoarthrite.....	2
- clinique	
. oligoarthritis inflammatoire, asymétrique, non migratrice	3
. balanite, urétrite, conjonctivite	3
. atteinte des muqueuses génitales et buccales et kératose palmo-plantaire.....	1
- biologie : syndrome inflammatoire sans hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles	1
- ECBU stérile.....	1
- absence de syndrome septicémique gonococcique.....	1

2) Quelles sont les étiologies possibles de ce syndrome ? (15)

• Infections uro-génitales :	2
- <i>chlamydia trachomatis</i>	2
- mycoplasmes : <i>ureaplasma urealyticum</i>	2
• Infections digestives :	2
- <i>shigella flexneri</i>	2
- <i>yersinia enterocolitica</i>	2
- <i>yersinia pseudotuberculosis</i>	NC
- <i>salmonelle typhi</i>	1
- <i>campylobacter jejuni</i>	1
- <i>klebsielles</i>	1

3) Si l'on recherchait les antigènes d'histocompatibilité chez ce patient, quel serait celui qu'on aurait le plus de chance de retrouver ? Son absence remettrait-elle en compte le diagnostic ? Expliquez. (15)

• HLA B27.....	8
• Non, car on ne le retrouve que dans 70 à 80 % des arthrites réactionnelles	7

4) Quelles sont les évolutions possibles de cette affection ? (15)

• Dans 2 cas sur 3, guérison en 3 à 6 mois mais récurrences fréquentes lors de réinfections.....	8
• Dans 1 cas sur 3, évolution vers un rhumatisme chronique type Spondylarthrite ankylosante (pelvispondylite rhumatismale) ou autre rhumatisme chronique de la famille des spondylarthropathies (notamment entérocolopathies : maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...).....	7

5) Quels autres symptômes peuvent accompagner ce syndrome ? (15)

• Entésopathies (douleur et inflammation de la jonction ostéotendineuse)	3
• Orteils ou doigts en saucisse.....	3
• Sacro-illite (rare).....	2
• Uvéite antérieure.....	2
• Cervicite chez les femmes.....	1
• Psoriasis unguéal ou cutané	2
• Atteintes cardiaques (troubles du rythme, insuffisance aortique)	2

6) Quelles sont les modalités thérapeutiques à ce stade aigu de la maladie? (20)

• Hospitalisation	NC
• Repos au lit	4
• Anti-inflammatoires non stéroïdiens per os : hors contre-indications (oubli = 0)	2
-forme à libération prolongée (LP) le soir.....	2
- exemple : Voltarène® LP 100 mg, 1 le soir et Voltarène® 50 mg, 1 le matin	2
• Protection gastrique si douleurs: ex : Cytotec®, 1 cp matin et soir	3
• Collyres antiseptiques et corticoïdes dans les yeux	2
• Application locale de corticoïdes sur la balanite.....	3
• Prévention des complications de décubitus	2
• Surveillance (oubli = 0)	NC

DOSSIER N° 17 : Douleurs diffuses chez une femme de 58 ans

Mme H., 58 ans consulte pour des douleurs dorso-lombaires diffuses apparues 2 mois auparavant, sans effort déclenchant. Ces douleurs la gênent en permanence mais sont surtout exacerbées par la marche et la station debout prolongée. Elles étaient calmées par le repos et la prise d'aspirine mais depuis hier elles sont devenues insupportables et l'ont empêchée de trouver le sommeil la nuit dernière.

Examen clinique

- T°: 36,5°C ; TA :13/9 cmHg.
- Poids : 52 kg ; Taille = 1,68 m.
- Asthénie, perte de 3 kg en 4 semaines.
- Douleur élective à la palpation des épineuses de D10 à D12.
- Examen neurologique normal.

Biologie

- NFS : hémoglobine = 8,5 g/dl, leucocytes = 5 700/mm³, plq = 210 000/mm³.
- VS=95mmàl'heure.
- Protéinurie des 24 heures = 1,8 g.
- Calcémie = 2,8 mmol/l, créatininémie = 155 mmol/l.
- Électrophorèse des protéines sériques : bande étroite dans les gammaglobulines.

- 1) Quel est votre diagnostic ? Arguments.
- 2) Quels éléments de l'observation vont à l'encontre du diagnostic d'immunoglobuline monoclonale bénigne ?
- 3) Quel bilan radiologique demandez-vous ?
- 4) Jugez-vous utile de pratiquer un scanner dorso-lombaire avec injection en cas d'anomalies retrouvées sur le bilan initial ? Pourquoi ?
- 5) Quels sont les mécanismes possibles de l'anémie dans ce contexte ?
- 6) Quels sont les critères permettant d'évaluer la masse plasmocytaire et le pronostic ?

DOSSIER N° 17

1) Quel est votre diagnostic ? Arguments. (20)

• Myélome multiple	5
• Arguments	
- anamnèse	
. douleurs rachidiennes.....	1
. d'intensité croissante	1
. survenues en l'absence de facteur déclenchant	1
. d'horaire mixte	1
. altération de l'état général	1
- clinique : apyrexie, douleurs à la palpation des épineuses dorsales.....	2
- biologie	
. pic dans les gammaglobulines à l'électrophorèse des protéines sanguines.....	2
. VS augmentée	2
. anémie, hypercalcémie, insuffisance rénale, protéinurie.....	4

2) Quels éléments de l'observation vont à l'encontre du diagnostic d'immunoglobuline monoclonale bénigne ? (15)

• Altération de l'état général.....	3
• Signes traduisant une atteinte osseuse :	2
-douleurs rachidiennes	1
- hypercalcémie	1
• Signes traduisant un envahissement médullaire :	2
- anémie.....	2
• Signes traduisant une atteinte rénale :	2
-créatininémie augmentée.....	1
-protéinurie	1

3) Quel bilan radiologique demandez-vous ? (15)

• Crâne face et profil.....	2
• Rachis entier face et profil	2
• Clichés centrés sur D10 à D12 de face et de profil.....	2
• Bassin face	2
• Fémurs face et profil	2
• Humérus face et profil	2
• Thorax de face	3

4) Jugez-vous utile de pratiquer un scanner dorso-lombaire avec injection en cas d'anomalies retrouvées sur le bilan initial ? Pourquoi ? (15)

• NON (oui = 0)	5
• Une injection d'iode est formellement contre-indiquée dans ce contexte de gammopathie monoclonale avec insuffisance rénale déjà existante	5
• Risque de décompensation aiguë de l'insuffisance rénale	5
• Si l'on veut évaluer le risque de compression médullaire secondaire à l'envahissement probable de D10-D12, il conviendra de pratiquer une RM dorsale	NC

5) Quels sont les mécanismes possibles de l'anémie dans ce contexte? (15)

- Insuffisance médullaire due à l'infiltration plasmocytaire3
- Hémodilution en cas de pic important des gammaglobulines3
- Anémie hémolytique auto-immune3
- Insuffisance rénale chronique3
- Iatrogène (saignements digestifs provoqués par l'aspirine).....3

6) Quels sont les critères permettant d'évaluer la masse plasmocytaire et le pronostic? (20)

- Évaluent la masse tumorale
- Classification de Salmon et Durie :.....2
 - . hémoglobine.....2
 - . calcémie2
 - . dosage pondéral de l'immunoglobuline monoclonale.....2
 - . nombre de lésions osseuses radiologiques.....2
- dosage des LDH et b2 microglobuline.....2
- Autres critères de mauvais pronostic
- présence d'une insuffisance rénale2
- protéinurie à chaînes légères2
- âge jeune.....2
- typage immunohistochimique de l'immunoglobuline monoclonale : chaînes légères et IgD1
- cinétique tumorale importante appréciée par l'index de marquage des plasmocytes.....1

DOSSIER N° 18 : Arthralgies, fièvre et asthénie...

Mme A., 49 ans vous consulte pour des arthralgies diffuses accompagnées de myalgies, permanentes apparues il y a 1 mois et non soulagées par les antalgiques simples. Par ailleurs, elle est très fatiguée et a perdu beaucoup de poids en quelques semaines ce qui la réjouit car elle avait pris quelques kilos superflus pendant la ménopause. Comme antécédents vous retrouvez une hypertension artérielle d'apparition récente très mal équilibrée malgré un traitement associant un IEC à un diurétique. Elle vous signale une faiblesse dans le membre inférieur gauche qui l'empêche de relever le pied lorsqu'elle marche et qui la gêne depuis quelques jours.

Examen clinique

- Poids : 51 kg ; Taille : 1,65 m.
- T° : 38°C ; TA : 18/10 cmHg.
- Livedo infiltré des membres inférieurs accompagné de quelques tâches purpuriques sur les chevilles.
- Déficit moteur touchant principalement les muscles péroniers gauches et accompagné d'un déficit sensitif dans le même territoire (sciatique poplitée externe gauche).

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez.
- 2) Quelles autres atteintes viscérales devez-vous rechercher ?
- 3) Quel est votre bilan biologique ?
- 4) Quel examen vous permettra d'affirmer le diagnostic ? Décrivez ce que vous en attendez.
- 5) Quels facteurs pronostiques devez-vous rechercher ?
Après une semaine d'hospitalisation, la patiente se plaint d'une violente douleur abdominale péri-ombilicale. À l'examen, elle est pâle et l'abdomen est très douloureux à la palpation sans défense. Vous constatez des traces de sang au toucher rectal. La TA a chuté brutalement à 10/7.
- 6) Quelle complication devez-vous craindre ? Quel examen demandez-vous en urgence ?

DOSSIER N°18

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez. (15)

• Périartérite noueuse.....	6
• Arguments	
-terrain : âge entre 40 et 50 ans (pic de fréquence).....	1
- anamnèse	
• altération de l'état général (amaigrissement, asthénie)	1
• hypertension artérielle d'apparition récente	1
• rebelle au traitement.....	1
• arthralgies diffuses.....	1
-clinique : fièvre, livedo, mononévrite du sciatique poplité externe, douleurs musculaires.....	4

2) Quelles autres atteintes viscérales devez-vous rechercher? (15)

• Atteinte pulmonaire (pleurésie, infiltrats pulmonaires, alvéolite hémorragique, asthme)	3
• Atteinte digestive (ulcération, perforation du tube digestif, infarctus mésentérique).....	3
• Atteinte rénale (néphropathie vasculaire, glomérulonéphrite, infarctus rénaux)	3
• Atteinte cardiaque (myocardite, troubles du rythme, péricardite)	3
• Atteinte du système nerveux central (vascularite cérébrale).....	3

3) Quel est votre bilan biologique ? (20)

• Bilan inflammatoire :	2
- NFS, VS, CRP, électrophorèse des protéines sériques, ferritinémie	2
• Bilan rénal	2
-ionogramme sanguin et urinaire, urée, créatinine, protéinurie des 24 h, HLM.....	2
• Bilan immunologique	2
-anticorps anti-nucléaires, dosage du complément sérique.....	2
-facteur rhumatoïde	2
-anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA).....	1
-complexes immuns circulants	1
- cryoglobulinémie	1
-sérologies des virus de l'hépatite B et C	2
• Bilan hépatique : phosphatases alcalines, transaminases, γ GT.....	1

4) Quel examen vous permettra d'affirmer le diagnostic ? Décrivez ce que vous en attendez. (15)

• Ponction biopsie en territoire atteint (de préférence cutané car la biopsie neuromusculaire laisse souvent des séquelles)	3
• Lésions segmentaires des artères de moyen calibre.....	3
- nécrose fibrinoïde	3
- infiltrat pariétal de polynucléaires.....	3
-thrombose de la lumière artérielle.....	3

5) Quels facteurs pronostiques devez-vous rechercher ? (20)

• Existence et gravité de l'atteinte rénale	5
• Rapidité d'évolution de l'atteinte rénale.....	5
• Autre atteinte viscérale (cardiaque, pulmonaire, du système nerveux central)	5
• Réponse au traitement	5

6) Quelle complication devez-vous craindre ? Quel examen demandez-vous en urgence ? (15)

- Perforation de l'intestin grêle, par infarctus mésentérique8
- Artériographie mésentérique7

Remarque concernant la question n°3

L'électromyogramme ne fait pas partie du bilan biologique tout comme les radiographies.

DOSSIER N° 19 : Quand c'est pas l'dos ce sont les épaules

Mme P., 75 ans, 70 kg pour 1,65 m que vous suivez pour une ostéoporose "banale" et des lombalgies chroniques, vient vous voir à votre cabinet car elle se plaint de douleurs des épaules qui évoluent depuis un mois. Elle est fatiguée, n'a pas d'appétit et a maigri de 4-5kg en deux mois. Elle a du mal à s'habiller et se coiffer est devenu impossible. Elle dort de plus en plus mal à cause des douleurs, ne sort presque plus. L'interrogatoire ne retrouve pas d'autre élément particulier.

Son médecin traitant lui a prescrit de l'aspirine qu'elle a arrêté en raison de son inefficacité. Antécédents ulcère traité médicalement il y a 10 ans (actuellement asymptomatique), une HTA essentielle modérée non traitée et des lombalgies chroniques qui se réveillent tous les automnes depuis 20 ans.

- 1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments de l'énoncé ?
- 2) Que cherchez-vous à l'examen clinique ?
- 3) Citez les autres diagnostics différentiels à évoquer.
- 4) Quels examens paracliniques demandez vous et qu'en attendez-vous ?
- 5) L'attitude de son médecin traitant vous semble-t-elle adaptée ? Justifier.
- 6) Le diagnostic étant confirmé, quel traitement instaurez-vous ? Rédigez votre ordonnance.
- 7) Détaillez les effets secondaires à court et à long terme du principal médicament que vous venez de prescrire.

DOSSIER N° 19

1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments de l'énoncé ? (15)

- Pseudopolyarthrite rhizomélique.....6
- Arguments
 - terrain : femme âgée de plus de 60 ans3
 - anamnèse
 - . douleurs inflammatoires des épaules.....3
 - . altération de l'état général (perte de poids et asthénie)3

2) Que cherchez-vous à l'examen clinique ? (15)

- Raideur des épaules, des hanches, et du rachis cervical3
- Myalgies3
- Signes négatifs
 - absence de déficit neurologique et d'amyotrophie.....3
 - absence d'argument pour une maladie de Horton (pouls temporaux perçus, céphalées, troubles visuels, hyperesthésie du cuir chevelu, claudication intermittente de la mâchoire).....3
 - absence de signe en faveur d'une atteinte néoplasique sous-jacente (palpation des seins, de la thyroïde, des aires ganglionnaires et touchers pelviens)3

3) Citez les autres diagnostics différentiels à évoquer. (15)

- Polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé3
- Périarthrite scapulo-humérale.....3
- Chondrocalcinose3
- Myélome.....3
- Syndrome paranéoplasique3

4) Quels examens paracliniques demandez vous et qu'en attendez vous? (15)

- Bilan inflammatoire :1
 - NFS, VS, CRP, fibrinogène, ferritinémie, EPP3
 - montre dans la grande majorité des cas un syndrome inflammatoire important avec une VS généralement supérieure à 100 mm à la première heure2
- Bilan phosphocalcique : normal2
- Bilan hépatique : parfois élévation des γ GT et des phosphatases alcalines.....2
- Bilan immunologique : facteur rhumatoïde et FAN normaux2
- Radiographies standard épaules face et profil, thorax, rachis cervical : normales.....3
- Proposer la biopsie de l'artère temporale au moindre doute clinique pouvant faire évoquer une maladie de Horton.....NC

5) L'attitude de son médecin traitant vous semble-t-elle adaptée ? Justifier. (10)

- Non4
- La patiente a des antécédents d'ulcère gastrique ; il est donc déconseillé de lui prescrire de l'aspirine à dose antalgique4
- Un traitement par antalgique de classe I type paracétamol aurait été plus indiqué2

6) Le diagnostic étant confirmé, quel traitement instaurez vous? Rédigez votre ordonnance. (15)

- Corticothérapie en dose d'attaque jusqu'à régression des signes cliniques et normalisation de la vitesse de sédimentation puis décroissance progressive des posologies jusqu'à la dose minimale efficace maintenue pendant un an3
- Nom, prénom, date, signature, tampon2
- Cortancyl®, 15 mg/j à 30 mg/j.....3
- Orocal D3®, 1 sachet matin et soir.....2
- Régime peu salé2
- Diffu K®: 1 cp matin et soir1
- Si douleurs d'estomac : Cytotec®: 1 cp matin et soir1
- Quantité suffisante pour un mois1

7) Détaillez les effets secondaires à court et à long terme du médicament que vous venez de prescrire. (15)

- Ostéoarticulaires1
 - ostéoporose1 /2
 - ostéonécrose aseptique de la tête fémorale ou humérale.....1 /2
 - retard de croissance chez l'enfantNC
- Cutanés :1
 - acné1 /2
 - hypertrichose, vergetures, purpura, ecchymoses, télangiectasies, folliculites répétées, candidoseNC
 - atrophie cutanée1 /2
 - retard à la cicatrisation des plaies1 /2
- Digestifs :.....1
 - ulcère gastro-duodéal1 /2
 - nausées et vomissements, coliques, pancréatite aiguëNC
- Psychiatriques :.....1
 - insomnie1 /2
 - états maniaques et/ou dépressifs, syndrome confusionnel.....NC
- Endocriniennes :.....1
 - risque d'insuffisance surrénale aiguë lors d'un sevrage brutal1
 - amyotrophie1
 - obésité facio-tronculaire, myopathie.....NC
- Métaboliques :rétention hydrosodée, hypokaliémie, diabète.....1,5
 - hyperlipidémieNC
- Hématologiques (hyperleucocytose)1
- Infection par immunodépression induite1
- Ophtalmologiques :risque de glaucome à angle ouvert, cataracte postérieure.....NC
- Vasculaire : HTA1

NB : question n°6 : une autre ordonnance devra accompagner celle-ci pour la surveillance biologique du traitement.

DOSSIER N°20 : Des fourmis dans les doigts

Mme K., 43 ans, se plaint de fourmis qui sont apparues dans les deux mains il y a trois mois sans facteur déclenchant. Ces fourmis touchent tous les doigts de la main droite à l'exception des auriculaires et remontent parfois dans les avant-bras. Elles persistent durant toute la journée mais augmentent et la réveillent la nuit. Elle est très gênée et vous raconte comment elle en vient à devoir se lever toutes les nuits afin de se soulager en remuant les mains plusieurs minutes au dessus de sa tête, ce qui a tendance à agacer son mari. L'acupuncture s'est avérée inefficace ainsi que les massages de son kinésithérapeute népalais qui avaient très bien marché pour ses maux de tête il y a dix ans.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 2) Quelles étiologies devez-vous rechercher ?
- 3) Détaillez votre examen clinique.
- 4) Quel bilan paraclinique demandez-vous à visée étiologique et en cas de doute diagnostique à l'examen clinique ?
- 5) Principes thérapeutiques.

DOSSIER N°20**1) Quel diagnostic évoquez-vous ? (20)**

- Syndrome du canal carpien bilatéral20

2) Quelles étiologies devez-vous rechercher ? (20)

- Endocrinopathies :NC
 - hypothyroïdie.....2
 - acromégalie.....2
 - diabète2
- Maladies articulaires inflammatoires :.....NC
 - polyarthrite rhumatoïde2
 - goutte.....2
 - amylose2
- Grossesse, obésité, ménopause.....3
- Infection : tuberculose.....1
- Traumatismes minimes locaux répétés (travail, sport, pratique abusive du vibromasseur)2
- Séquelles de traumatisme local (fracture, entorse)2
- Anomalie anatomique locale vasculaire, osseuse ou musculaire.....NC
- IdiopathiqueNC

3) Détaillez votre examen clinique. (20)

- Température, poids, taille, tension artérielle, fréquence cardiaque.....2
- Recherche d'une atteinte du nerf médian au poignet :1
 - signe de Tinel (percussion du canal carpien reproduisant les symptômes)3
 - Test de Phalen (flexion prolongée des poignets déclenchant les fourmillements).....2
- Examen neurologique
 - déficit sensitif dans le territoire du nerf médian (paume et face palmaire des quatre premiers doigts)2
 - déficit moteur, atteinte court abducteur du pouce, court fléchisseur du pouce et opposant du pouce.....2
 - réflexes ostéotendineux préservés et symétriques aux membres supérieurs2
 - absence d'adénopathies sus-claviculaires ou axillaires1
 - rachis cervical mobile et indolore1
- Recherche d'une étiologie :2
 - palpation thyroïdienne, recherche malformation locale2

4) Quel bilan paraclinique demandez-vous à visée étiologique et en cas de doute diagnostique à l'examen clinique ? (20)

- Électromyogramme :.....6
 - tracés de détection.....1
 - stimulo-détection.....1
 - étude des vitesses de conduction aux deux membres supérieurs2
- Bilan étiologique :NC
 - NFS, VS, électrophorèse des protéines sériques3
 - éventuellement en fonction de la clinique : TSH, glycémie2
 - radiographie standard des poignets de face5

5) **Principes thérapeutiques.** (20)

• Traitement médical :.....	4
-infiltration locale de corticoïdes dans le canal carpien.....	3
-à répéter si besoin jusqu'à 3 infiltrations consécutives en trois mois.....	1
• Traitement chirurgical :	4
- libération du nerf médian par section du ligament annulaire du carpe	2
-les poignets doivent être opérés l'un après l'autre.....	2
• Traitement de la cause favorisante si elle est retrouvée	4

DOSSIER N° 21 : Douleur thoracique chez une femme de 45 ans

Vous voyez en consultation Mme O., 45 ans, chez qui vous avez diagnostiqué un lupus érythémateux aigu disséminé à manifestations uniquement cutanées et articulaires il y a 4 ans et que vous avez perdue de vue depuis, bien stabilisé sous Plaquenil® et Cortancyl® 6 mg/j. En fait, la patiente n'a jamais eu besoin de venir vous voir car la maladie est bien équilibrée et le traitement a été régulièrement reconduit par son médecin généraliste. Elle vient vous voir car elle a ressenti une douleur thoracique latéralisée à droite la veille au soir et depuis elle a du mal à respirer. Ce matin, elle a pris sa température qui était de 38,2°C. La douleur persiste et n'est pas calmée par le paracétamol. Elle fume 1 paquet de cigarettes par jour et prend une pilule contraceptive oestroprogestative minidosée.

Examen clinique

- T°: 38°C ; TA :13/7 cm Hg ; FR : 22/mn ; FC : 95/mn.
- Auscultation pulmonaire : diminution du murmure vésiculaire à la base droite.
- Mollets souples.
- Souffle systolique 1/6°à l'auscultation cardiaque.
- Articulations indolores.
- Pas de lésion cutanée.

Vous demandez une radiographie de poumons de face en urgence qui montre une opacité intra-parenchymateuse de la base droite ainsi qu'un émoussement du cul-de-sac pleural droit.

1) Quels diagnostics évoquez-vous ?

2) Complétez votre bilan paraclinique.

Le diagnostic d'embolie pulmonaire est affirmé grâce à votre bilan.

3) Quel syndrome recherchez-vous pouvant expliquer cette complication chez Mme O? Quelles informations peut vous donner le bilan d'hémostase ?

4) Quel est votre traitement immédiat ?

5) Quel sera votre traitement au long cours en retenant l'hypothèse évoquée à la question 3 ? Comment comptez-vous adapter vos posologies ?

6) Quels conseils donnez-vous à la patiente ?

DOSSIER N° 21**1) Quels diagnostics évoquez-vous ? (20)**

- Embolie pulmonaire.....5
- Pneumopathie infectieuse5
- Pleurésie lupique5
- Hémorragie intra-alvéolaire5
- Cancer broncho-pulmonaire (fumeuse)N C

2) Complétez votre bilan paraclinique. (20)

- ECG2
- Gaz du sang2
- Échographie cardiaque (souffle, recherche épanchement péricardique).....2
- Angioscanner pulmonaire.....2
- Echographie-Doppler veineux des membres inférieurs.....1
- Biologie
 - NFS, VS, CRP, électrophorèse des protéines sanguines2
 - ionogramme sanguin, urée, créatinine, protéinurie des 24 h.....2
 - TP TCA, D Dimères.....1
 - enzymes cardiaques (CPK, troponine I c).....NC
- Immunologie
 - facteur antinucléaire1
 - dosage du complément sérique1
 - anticorps anti-cardiolipines + anticorps anti-(32GP12
- Bactériologie
 - hémocultures systématiques1
 - ECBU.....1
- Radiographie de thorax de profil afin de préciser la localisation de l'opacitéN C

3) Quel syndrome recherchez-vous pour expliquer cette complication chez Mme O. ? Quelles informations peut vous donner le bilan d'hémostase ? (15)

- Syndrome des antiphospholipides10
- Allongement du TCA non corrigé par le plasma témoin témoignant de la présence d'anticoagulants circulants.....5

4) Quel est votre traitement immédiat ? (15)

- Hospitalisation en urgence.....2
- Repos au lit2
- Oxygénothérapie adaptée à la gazométrie3
- Anticoagulation efficace par héparinothérapie à la seringue électrique en surveillant l'héparinémie et non le TCA qui est perturbé à cause des anticoagulants circulants3
- Héparinémie souhaitée entre 0,3 et 0,6 UI/ml2
- Bas de contention en cas de phlébite surale profonde.....3
- Surveillance (oubli = 0) : clinique (fréquence respiratoire, TA, conscience...) et biologique (gazométrie...)N C

5) Quel sera votre traitement au long cours en retenant l'hypothèse évoquée à la question 3 ? Quel paramètre biologique vous permettra d'adapter vos posologies ? (15)

- Relais de l'héparine par anti-vitamine K (Sintrom~ ou Préviscan©) à vie10
- Surveiller les signes de surdosage aux AVK ainsi que l'INR (oubli = 0).
- Adapter les posologies en fonction de l'INR souhaité entre 3 et 3,5.....5

6) Quels conseils donnez-vous à la patiente ? (15)

- Arrêter le tabac6
- Arrêter la pilule oestroprogestative et la remplacer par un autre moyen de contraception (ex : pilule microprogestative pure)9

DOSSIER N° 22 : Douleurs osseuses chez un homme de 65 ans

M. T., âgé de 65 ans, consulte pour des douleurs de la jambe gauche évoluant depuis quelques semaines.

Il n'a pas d'antécédent particulier. Le patient a constaté depuis 1 an une déformation progressive de sa jambe gauche. Les douleurs sont apparues secondairement ; elles surviennent uniquement à la station debout et à la marche, limitant son périmètre de marche, et disparaissent au repos.

Depuis 4 mois, il existe également une pollakiurie diurne et nocturne.

Examen clinique

- Bon état général.
- Déformation à convexité antéro-externe du tibia gauche qui est augmenté de volume avec une augmentation de la chaleur locale et une douleur élective à la palpation du tiers moyen du tibia sur sa face antérieure.
- L'examen des hanches décèle une raideur légèrement douloureuse des 2 hanches.
- Le TR perçoit une prostate hypertrophiée, ferme, homogène et indolore avec un sillon médian conservé.

- 1) Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
- 2) Quels sont les diagnostics différentiels que vous pouvez évoquer ?
- 3) Quelle complication au niveau du tibia gauche suspectez-vous ?

Les clichés systématiques du rachis lombaire mettent en évidence une vertèbre ivoire.

- 4) Dans quelles autres affections pouvez-vous trouver une image semblable ?
- 5) Sur quels critères allez-vous juger de l'évolutivité de la maladie ?
- 6) Quel traitement mettez-vous en oeuvre ?

Après encore 3 ans d'évolution, les douleurs s'intensifient malgré le traitement ; elles deviennent nocturnes et rebelles. Le patient est de plus en plus fatigué et il perd du poids de façon importante.

- 7) Quelle complication suspectez-vous ? Quel bilan réalisez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

DOSSIER N° 22

1) Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? (20)

- Maladie de Paget (complicquée d'une fissure ou fracture du tibia gauche)10
- Terrain : homme de 65 ans1
- Anamnèse : évolution progressive (sur un an)1
- Clinique
 - douleurs1
 - mécaniques.....1
 - localisées au tibia1
 - déformation osseuse avec augmentation de la chaleur cutanée.....2
 - état général conservé1
 - raideur des deux hanches évoquant une coxopathie pagétique1
- Prostate homogène1

2) Quels sont les diagnostics différentiels que vous pouvez évoquer ? (10)

- Métastase osseuse4
- Myélome.....3
- Ostéomalacie3
- Ostéodystrophie rénaleNC
- Tumeur osseuse primitiveNC

3) Quelle complication au niveau du tibia gauche suspectez-vous ? (10)

- Fissure (ou fracture) osseuse dans la convexité de l'incurvation du tibia10

4) Dans quelles autres affections pouvez-vous trouver une image semblable? (10)

- Métastase osseuse condensante d'un cancer viscéral (ex : prostate)3
- Lymphome de Hodgkin3
- Spondylodiscite bactérienne (à staphylocoques en particulier).....2
- Séquelles de traumatisme.....2
- Idiopathique.....NC

5) Sur quels critères allez-vous juger de l'évolutivité de la maladie ? (20)

- Clinique :3
 - douleurs2
 - survenue de complications (fractures, problèmes neurologiques).....3
- Radiologique :3
 - radiographies régulières des lésions osseuses.....2
- Biologique :3
 - hydroxyprolinurie des 24 heures (résorption osseuse).....2
 - PAL (formation osseuse).....2

6) Quel traitement mettez-vous en oeuvre? (15)

• Hospitalisation.....	4
• Antalgiques	2
• Éviter l'immobilisation prolongée (risque d'hypercalcémie) : usage de cannes pour mobilisation sans appui	2
• Antiostéoclastiques :	3
- biphosphonates (Didronel®).....	2
- calcitonine en cas de CI aux biphosphonates ou après 6 mois de Didronel~.....	1
• Discuter traitement chirurgical (ostéotomie)	1
• Surveillance (oubli = 0)	NC

7) Quelle complication suspectez-vous? Quel bilan réalisez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (15)

• Dégénérescence sarcomateuse (survient dans moins de 1 % des cas)	3
• Recherche d'un syndrome inflammatoire :.....	1
- NFS, VS, plaquettes	1
• PAL (augmentation spectaculaire)	2
• Radiographies du tibia :images en feu d'herbe avec lyse osseuse, rupture corticale et envahissement des parties molles.....	2
• IRM du tibia : très sensible, permet de visualiser la tumeur	2
• Biopsie osseuse	2
• Analyse anatomopathologique des prélèvements (0 si oubli)	2

DOSSIER N° 23 : Douleur du membre supérieur chez un homme de 46 ans

M. B., 46 ans, souffre depuis deux semaines de douleurs dans le membre supérieur gauche survenues après qu'il ait repeint le plafond de sa salle à manger. Les douleurs partent de l'épaule et irradient à la face interne du bras et de l'avant-bras pour finir dans les derniers doigts de la main. Elles sont d'horaire mixte, favorisées par la toux. Comme antécédents, vous retrouvez une surcharge pondérale, un diabète non insulino-dépendant mal équilibré par Daonil®, (glibenclamide), une artériopathie oblitérante des membres inférieurs traitée par Sintrom~, (acénocoumarol) à dose hypocoagulante et un tabagisme chronique évalué à 25 paquets années. Il est très anxieux.

L'INR a été dosé en ville il y a deux jour, il était de 2,8.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.
- 2) Quels diagnostics différentiels devez-vous éliminer ?
- 3) Que recherchez-vous à l'examen clinique ?
- 4) Quel est votre traitement initial ?

Vous revoyez votre patient 3 semaines plus tard. Votre traitement s'est avéré totalement inefficace. Ce sont des choses qui arrivent, il ne faut pas désespérer.

- 5) Quelle alternative thérapeutique médicale pouvez-vous lui proposer ? Quelles précautions faut-il prendre ?
- 6) En cas de nouvel échec, quelle solution ultime vous reste-t-il pour soigner ce patient qui perd patience ? Quel examen d'imagerie est alors indispensable (hormis la radiographie standard du rachis cervical que vous avez eu la bonne idée de demander quelques semaines plus tôt) ?

DOSSIER N° 23**1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (15)**

- Névralgie cervico-brachiale C8 gauche d'origine discale9
- Arguments
- terrain : homme jeune2
- anamnèse : effort déclenchant, impulsivité de la douleur en faveur d'une origine discale.....4
- clinique : trajet de la douleur dans le territoire de la racine C8 gauche.....3

2) Quels diagnostics différentiels devez-vous éliminer ? (20)

- Syndrome de Pancoast-Tobias :5
- Syndrome des défilés cervico-brachiaux5
- Syndrome de Parsonage et Turner.....5
- Syndrome épaule-main dans le cadre d'une algodystrophie3
- Penser à un hématome venant comprimer le plexus cervico-brachial compliquant le traitement par AVK2

3) Que recherchez-vous à l'examen clinique ? (20)

- Examen rhumatologique :1
- signe de la sonnette1
- manoeuvre de mise en tension des racines cervicales réveillant la douleur1
- mobilité limitée et douloureuse du rachis cervical1
- mobilité non limitée et indolore du coude et de l'épaule gauche.....1
- manœuvre d'élévation des bras (Roose) avec recherche du réveil de la douleur ou d'une abolition des poulx d'aval1
- Examen neurologique :1
- abolition ou diminution du réflexe cubito-pronateur gauche (C8).....2
- hypoesthésie des 4e et 5e doigts de la main gauche.....1
- déficit moteur touchant les interosseux.....1
- atteinte du nerf sympathique gauche : syndrome de Claude-Bernard-Horner1
- recherche de signes de compression médullaire : syndrome pyramidal aux membres inférieurs, recherche d'un syndrome de Brown-Séquard2
- Examen général :1
- altération de l'état général1
- examens des creux sus-claviculaires et axillaires2
- examen ORL1
- palpation des aires ganglionnaires1

4) Quel est votre traitement initial ? (15)

- Traitement médical :NC
- repos2
- arrêt de travail1
- antalgiques simples de classe I ou II (paracétamol +/- codéine)3
- myorelaxants (benzodiazépine type Myolastan®)9
- collier cervical3
- corticoïdes à la dose initiale de 1 mg/kg/j, avec décroissance progressive sur 6 jours.....3
- anti-inflammatoires non stéroïdiens formellement contre-indiqués en association à un traitement anticoagulant ; 0 si prescrits.

5) quelle alternative thérapeutique médicale pouvez-vous lui proposer ? Quelles précautions faut-il prendre ? (15)

- Infiltration intra-durale de dérivé cortisonique en milieu hospitalier.....5
- Relayer les anti-vitamines K par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose hypocoagulante. Sauter une injection d'HBPM avant l'infiltration puis réintroduction du traitement par Sintrom®. Arrêt de l'HBPM dès l'obtention d'un INR satisfaisant.....5
- Surveillance rapprochée du diabète durant l'hospitalisation. Ne pas hésiter à avoir recours à l'insuline en cas de déséquilibre du diabète induit par les corticoïdes.....5

6) En cas de nouvel échec, quelle solution ultime vous reste-t-il pour soigner ce patient qui perd patience? Quel examen d'imagerie est alors indispensable (hormis la radiographie standard du rachis cervical que vous avez eu la bonne idée de demander quelques semaines plus tôt) ? (15)

- Traitement chirurgical (décompression de la racine touchée)9
- TDM cervical ou IRM cervicale6

DOSSIER N° 24 : Une complication malencontreuse

Mme X., 62 ans, consulte aux urgences pour des douleurs aiguës du genou droit.

Antécédents

- Cholécystectomie pour cholécystite lithiasique il y a un an.
- Alcool-tabagisme sévère avec insuffisance respiratoire chronique.
- Diabète insulino-dépendant mal équilibré.
- Gonarthrose bilatérale pour laquelle elle a bénéficié d'une infiltration de corticoïdes il y a 48 h.
- Les douleurs sont apparues hier soir sans traumatisme ou facteur déclenchant et se sont intensifiées durant toute la nuit, empêchant la patiente de dormir.

Examen clinique

- T°: 38,9°C ; TA :16/10 cm Hg ; FC : 105/mn.
- La patiente est parcourue de frissons.
- Station debout impossible en raison de la douleur.
- Tuméfaction douloureuse du genou droit. Augmentation de la chaleur locale, rougeur et dilatation veineuse superficielle en regard de l'articulation.
- Choc rotulien droit. Mobilisation du genou impossible en raison de la douleur.
- Adénopathies inguinales droites multiples.
- Pas de souffle à l'auscultation cardiaque.

- 1) Quel est votre diagnostic ? Argumentez.
- 2) Quels examens complémentaires réalisez-vous ?
- 3) Débutez-vous un traitement antibiotique ? Si oui, détaillez. Si non, justifiez.
- 4) Quel est le reste de votre traitement ?
- 5) Quelle est votre surveillance ?
- 6) Quels sont les critères de guérison de la maladie ?

DOSSIER N° 24

1) Quel est votre diagnostic ? Argumentez. (15)

- Monoarthrite aiguë (1) septique (1) du genou droit (1) iatrogène (1) à germe d'inoculation directe (1), probablement à staphylococoque doré coagulase + (1)6
- Arguments
 - terrain débilisé :NC
 - . diabète mal équilibré1 /2
 - . alcoolisme chronique1 /2
 - . insuffisance respiratoire.....1 /2
 - . arthrose.....1 /2
 - anamnèse
 - . infiltration de corticoïdes intra-articulaire avec intervalle libre de 48 h.....1
 - . le caractère aigu et le mode de contamination plaident en faveur d'un staphylocoque doré.....1
 - clinique
 - . syndrome septicémique (fièvre, frissons).....1
 - . inflammation monoarticulaire aiguë du genou droit1
 - . horaire inflammatoire, insomnie de la douleur1
 - . épanchement articulaire du genou, tuméfaction périarticulaire1
 - . adénopathies satellites.....1

2) quels examens complémentaires réalisez-vous ? (20)

- Bactériologie :1
- ponction articulaire du genou droit (0 si oublié)2
- analyse macroscopique (1), cytologique (1), recherche de microcristaux (1), recherche de germes au direct (1) et en culture (1) avec antibiogramme (1).....6
- hémocultures systématiques au nombre de 3 à 6 avant initiation de l'antibiothérapie1
- Bilan inflammatoire :1
- NFS, VS, CRP, électrophorèse des protéines sériques2
- Bilan radiologique :1
- genoux de face (en charge si possible) sur la même plaque et de profil.....1
- thorax de face.....1
- Bilan du terrain :.....1
- glycémie (oubli = 0), ionogramme sanguin, urée, créatinine2
- bilan hépatique, TPITCA avant ponction articulaire.....1

3) Débutez-vous un traitement antibiotique ? Si oui, détaillez. Si non, justifiez. (15)

- OUI 1
- Antibiothérapie1
- En urgence.....1
- Après prélèvements bactériologiques1
- Bithérapie (1/2), synergique (1/2) et bactéricide (1/2), parentérale (1/2) en intraveineuse durant 3 semaines (1)3
- Probabiliste (1/2) dirigée contre le staphylocoque doré (1/2) à adapter secondairement au germe et à (antibiogramme (1)2
- Bonne pénétration osseuse souhaitéeNC
- (3-lactamines : pénicilline M : oxacilline Bristopen® (100 mg en 3 fois) IVL.....2
- Aminosides : nétilmicine Nétromycine® (6 mg en 2 fois IVL)2
- Relais per os après au moins 3 semaines de traitement : synergistine, pristinaquine Pyostacine~1
- Durée totale : 3 mois1

4) Quel est le reste de votre traitement ? (15)

• Hospitalisation.....	2
• Urgence thérapeutique	2
• Ponctions évacuatrices faites régulièrement selon l'évolution clinique.....	1
• Immobilisation : repos au lit, attelle plâtrée	2
• Antalgiques	2
• Prévention des complications thrombo-emboliques (HBPM)	1
• Kinésithérapie :rééducation avec contractions isométriques puis mobilisation passive sans appui puis mobilisation active en décharge.....	2
• Équilibration du diabète.....	1
• Prévention du sevrage alcoolique	1
• Kinésithérapie respiratoire	1
• Surveillance : cf. question n°5.....	NC

5) Quelle est votre surveillance ? (20)

• Clinique :	1
-température	2
-épanchement du genou, choc rotulien, signes d'inflammation locale	2
-douleur, mobilisation passive et active.....	2
- amyotrophie	2
- signes de pré delirium tremens	2
- complications de décubitus (mollets, peau...)	2
• Biologie :	1
- NFS, VS, dextro biquotidien et glycémie	2
- ponctions articulaires régulières avec analyse cyto-bactériologique.....	2
• Radiographies standard des genoux à 1, 3 et 6 mois.....	2

6) Quels sont les critères de guérison de la maladie ? (15)

• Clinique :	NC
- apyrexie stable pendant 15 jours	2
- disparition des signes locaux	2
- disparition de la douleur	2
• Biologie :	NC
- normalisation de la VS	2
- normalisation de la NFS	2
• Bactériologie	NC
- négativation des hémocultures.....	2
-stérilisation des ponctions articulaires.....	2
• Radiographies : condensation sous-chondrale (apparition plus tardive).....	1

DOSSIER N° 25 : Réduction du périmètre de marche chez un homme de 68 ans

M. K., 68 ans, présente des douleurs dans les membres inférieurs depuis quelques mois. Ces douleurs sont exacerbées par la marche qui est limitée à 500 mètres. Le patient est soulagé en position assise et dort en chien de fusil car le décubitus dorsal prolongé lui est intolérable. Les douleurs irradient dans les fesses, à la face postérieure des cuisses ainsi qu'à la face postérieure des deux jambes. Il vit dans son pavillon de banlieue avec sa femme et consacre la plupart de son temps au jardinage, qu'il continue à pratiquer car il a remarqué que ça le soulageait. Comme antécédents, vous retrouvez une surcharge pondérale, une hypertension artérielle traitée efficacement par Chronodalate®, ainsi qu'un tabagisme chronique non sevré à 50 paquets-années.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 2) Que recherchez-vous avec attention à l'examen clinique ?
- 3) Quel est votre bilan radiologique ?
- 4) Quel traitement proposez-vous au patient ?

Le patient revient un mois plus tard à votre consultation. Les douleurs n'ont été soulagées que transitoirement par votre traitement et ont repris il y a une semaine. Cette fois-ci il signale des fourmillements dans les pieds, une faiblesse dans les deux jambes et des difficultés à uriner.

- 5) Quel diagnostic retenez-vous ?
- 6) Quelle est votre attitude en urgence ?

DOSSIER N° 25

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? (15)

- Lomboradiculalgies bilatérales.....5
- Dues à un canal lombaire étroit5
- Par arthrose inter apophysaire postérieure5

2) Que recherchez-vous avec attention à l'examen clinique ? (20)

- Examen neurologique :2
 - recherché déficit sensitivo-moteur (oubli = 0) en territoire radiculaire (1), abolition des réflexes (1), amyotrophie (1), troubles vésico-sphinctériens (1), anesthésie en selle (1) faisant évoquer un syndrome de la queue de cheval (1)6
- Recherche syndrome rachidien :2
 - raideur rachidienne (indice de Schober faible, distance main-sol élevée)1
 - palpation douloureuse des épineuses dorsales.....1
 - douleurs déclenchées par la mise en extension forcée du rachis2
- Examen cardiovasculaire :2
 - palpation des pouls périphériques (oubli - 0).....2
 - auscultation des artères fémorales1
- Examen général : température, toucher rectal, auscultation cardio-pulmonaire1

3) Quel est votre bilan radiologique ? (15)

- Radiographies standard (3) du rachis lombaire (4) de face (1) et de profil (1)9
- Bassin (4) de face (2)6

4) Quel traitement proposez-vous au patient ? (15)

- Antalgiques simples5
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens associés à des protecteurs gastriques5
- En cas d'échec du traitement initial, proposer une infiltration intradurale ou épidurale de dérivés cortisonés.....5
- Corset en scotch-cast maintenant le rachis lombaire en légère flexionNC
- Surveillance (oubli = 0).

5) Quel diagnostic retenez-vous ? (15)

- Syndrome de la queue de cheval8
- Sur canal lombaire rétréci arthrosique.....7

6) Quelle est votre attitude en urgence ? (20)

- Urgence chirurgicale.....5
- Réalisation d'un scanner lombaire dans le cadre de la grande garde de neurochirurgie.....10
- Laminectomie en urgence afin de décompresser les racines de la queue de cheval.....5

DOSSIER N° 26 : Une femme qui n'a pas le moral

Une femme de 55 ans consulte pour des douleurs de la main gauche. Dans ses antécédents, on retient un syndrome anxio-dépressif 5 ans auparavant traité actuellement par clobazam Urbanyl®, un asthme traité par béclométhasone Bécotide~ et salbutamol Ventoline® avec 2 épisodes de crise d'asthme aigu grave, une gastrite hémorragique, une fracture du poignet gauche il y a trois mois traitée par immobilisation plâtrée de 60 jours. Cette femme souffre, depuis le déplâtrage, d'une impotence douloureuse du membre supérieur gauche d'apparition progressive, et persistante malgré une kinésithérapie intensive de la main. La douleur est réveillée par les mouvements répétés et elle est soulagée par le repos... elle n'a vraiment pas le moral.

Examen clinique : oedème diffus de la main gauche prenant le poignet et les doigts. On réveille une vive douleur à la pression et surtout à la mobilisation passive qui est limitée au niveau des articulations radio-carpiennes, métacarpophalangiennes et interphalangiennes. Le poignet et les doigts sont en demi-flexion.

La peau y est chaude, rosée et s'accompagne d'une hypersudation. On ne note pas de signes de synovite.

L'examen neurologique des membres supérieurs est normal.

Par contre, l'examen de l'épaule gauche révèle une raideur douloureuse active et passive en abduction (70°) et en rotation externe.

Le reste de l'examen est normal notamment l'examen du coude.

Il n'existe pas d'adénopathies satellites et pas de fièvre.

Bilan biologique : VS = 8 mm à H1, NFS : Hb = 13,5 g/dl, Plq = 375 000/mm³.

Leucocytes = 4 250/mm³, calcémie = 2,37 mM, créatinémie = 91 µmol/l.

- 1) Quel est votre diagnostic ?
- 2) Justification clinique.
- 3) Les radiographies montrent une déminéralisation diffuse de la main et de l'épaule gauche. Quel examen de deuxième intention permet de confirmer le diagnostic et que montre-t-il ?
- 4) Quelles sont les causes possibles de cette maladie ?
- 5) Que pensez-vous de la kinésithérapie dans ce contexte ?
- 6) Quel est votre traitement pour cet épisode ?
- 7) Quelles sont les évolutions possibles de cette pathologie ?

DOSSIER N° 26

~~el est votre diagnostic? (15)

- Algoneurodystrophie5
- Syndrome épaule-main du côté gauche.....5
- Phase chaude.....5

2) Justification clinique. (20)

- Terrain :1
- fracture du poignet gauche il y a 3 mois1
- anxiété1
- immobilisation plâtrée.....1
- Signes fonctionnels :1
- douleur d'horaire mécanique2
- retentissement fonctionnel important.....NC
- dépassant la zone fracturaire1
- persistante et aggravée par la kinésithérapie intensive2
- touchant également l'épaule (syndrome épaule-main).....1
- Clinique :1
- oedème douloureux pseudo-inflammatoire de la main gauche.....2
- raideur du poignet et de l'épaule.....2
- troubles vasomoteurs, hypersudation.....2
- Examen neurologique normal, absence d'adénopathies, pas de fièvre2

3) Les radiographies montrent une déminéralisation diffuse de la main et de l'épaule gauche. Quel examen de deuxième intention permet de confirmer le diagnostic et que montre-t-il ? (15)

- Scintigraphie osseuse au Technétium 99 marqué5
- Étude du squelette entier.....2
- Étude centrée sur le membre supérieur gauche (épaule et poignet)3
- Résultat attendu
- hyperfixation locorégionale de part et d'autre de l'articulation du poignet gauche5

4) Quelles sont les causes possibles de cette maladie? (20)

- Traumatisme2
- Rééducation inadaptée sans respect de l'indolence2
- Immobilisation prolongée2
- Chirurgie à proximité de l'articulation concernée2
- Infection articulaire.....2
- Cardiopathie, pneumopathie.....2
- Fhyperthyroïdie2
- Diabète.....2
- Atteinte neurologique du membre (par exemple : hémiplegie).....1
- Grossesse1
- Iatrogène : phénobarbital, isoniazide2
- Idiopathique (25 %).....NC

5) Due pensez-vous de la kinésithérapie dans ce contexte ? (5)

- Inadaptée car ne respectant pas l'indolence et ne faisant que développer l'algoneurodystrophie5

6) Quel est votre traitement pour cet épisode ? (15)

- Repos2
- Arrêt de travail2
- Arrêt de la kinésithérapie intensive remplacée par une rééducation douce2
- Antalgiques2
- Bains chauds et froids alternés2
- Calcitonine Cibacalcine®, 50 UI/j en SC à distance des repas3
- Prise en charge psychologique2

7) quelle sont les évolutions possibles de cette pathologie ? (10)

- Pronostic bon2
- Guérison en général entre 6 mois et deux ans3
- Récidive dans 30 % des cas2
- Dans le cadre du syndrome épaule-main, risque de rétraction capsulaire avec syndrome de l'épaule bloquée.....3

Remarques

- On ne possède aucun médicament dont l'efficacité ait été clairement prouvée.
- Les R-bloquants souvent proposés pour leur vertu sympatholytique sont formellement contre-indiqués dans le cas présent (asthme).

DOSSIER N° 27 : Polyarthrite chez une femme de 35 ans

Mme I., 35 ans vous consulte car elle souffre de rhumatismes depuis 3 mois. Les douleurs sont apparues sans facteur déclenchant, et ont commencé par le genou droit quia très vite été gonflé. Puis elles se sont progressivement étendues au poignet gauche d'abord, au poignet droit ensuite ainsi qu'à la cheville droite. La patiente s'est traitée toute seule avec un reste de diclofénac Voltarène® dont son mari se sert quand il a mal au dos et les douleurs ont presque complètement disparu ainsi que les signes d'épanchements articulaires. Malheureusement, elle n'a pas supporté ce traitement plus de quatre jours en raison de fortes brûlures d'estomac. Quelques semaines plus tard ce sont les pieds qui sont devenus douloureux et gonflés, et en particulier le 3e orteil gauche qui était tout rouge et boursoufflé puis les mains. Actuellement ce sont les mains et les pieds qui la font plus souffrir.

Examen clinique

-T°: 37,2°C ; TA : 13/8 cmHg.

-Gonflements du poignet gauche, de la cheville droite, de la MTP et de l'IPP du 3e orteil droit, et du 4e orteil gauche et des MCP et IPP et IPD du II de la main gauche. Les autres articulations sont sèches et indolores.

- Ongles des mains piquetés.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 2) Quels arguments retenez-vous contre le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde ?
- 3) Comment complétez-vous l'interrogatoire et l'examen clinique ?
- 4) Quel bilan biologique demandez-vous ?
- 5) Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate ?

DOSSIER N° 27

1) Gluel diagnostic évoquez-vous ? (20)

- Rhumatisme psoriasique.....20

2) Quels arguments retenez-vous contre le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde ? (20)

- Anamnèse :1
- polyarthrite asymétrique3
- épisode d'orteil en saucisse évocateur de spondylarthropathie3
- efficacité spectaculaire des anti-inflammatoires non stéroïdiens3
- Clinique :1
- atteinte des doigts sur un même rayon3
- atteinte des IPD3
- psoriasis unguéal.....3

3) Comment complétez-vous l'interrogatoire et l'examen clinique ? (20)

- Interrogatoire :recherche éléments en faveur de spondylarthropathie1
- horaire inflammatoire des douleurs.....2
- antécédents de talalgies2
- antécédents de diarrhées et de douleurs abdominales1
- douleurs dorsales, lombaires, douleurs fessières à bascules1
- antécédent d'uvéïte.....1
- antécédent familial ou personnel de psoriasis2
- épisode d'urétrite ayant précédé de quelques semaines l'épisode rhumatismal1
- Recherche d'éléments orientant le diagnostic vers un autre type de rhumatisme (photosensibilité, syndrome sec, antécédents de fausse couche spontanée.....).....NC
- Recherche d'antécédents d'ulcère gastrique.....,1
- Clinique
- recherche de psoriasis derrière les oreilles, dans le cuir chevelu, dans le nombril, sur les ongles des orteils, dans les plis fessiers et sur toutes les autres parties du corps2
- douleur à la pression des sacro-iliaques.....2
- raideur rachidienne objectivée par l'indice de Schober, la distance occiput-mur, la distance menton-sternum,l'ampliation thoracique.....2
- douleur à la pression sur les tendons d'Achille2
- auscultation cardio-pulmonaire et examen général (aires ganglionnaires, palpation des seins et de la thyroïde...)NC

4) Quel bilan paraclinique demandez-vous ? (20)

- Ponction de poignet gauche ou de cheville droite avec analyse cyto-bactériologique et anatomo-pathologique du liquide prélevé3
- Bilan inflammatoire :NC
- NFS (1/2), VS (1/2), CRP (1/2), électrophorèse des protéines sériques (1/2), TP/TCA (1/2)2,5
- Bilan métabolique :NC
- ionogramme, urée, créatinine (1/2), calcium phosphore (1/2), uricémie (1/2).....1,5
- Bilan immunologique :NC
- facteur rhumatoïde1
- facteur antinucléaire.....1
- recherche de l'antigène HLA B27.....3
- dosage du complément sérique et des fractions C3 et C41

• Bilan radiologique	
- radiographies standard :	1
. mains et poignets de face.....	1
. pieds face et profil	1
. bassin de face et si doute : incidence sur les sacro-iliaques.....	2
. rachis dorso-lombaire face et profil.....	1
. thorax de face.....	1

5) Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate ? (20)

• Repos durant la poussée	3
• Anti-inflammatoires non stéroïdiens prescrits en 2 prises quotidiennes afin d'avoir	
- une bonne couverture nocturne.....	3
- par exemple : Indocid®, 25 mg le matin et Chrono-indocid® le soir	2
- réduire progressivement la posologie jusqu'à la dose minimale efficace.....	2
• Antalgiques simples en complément facultatif des AINS si ceux-ci ne suffisent pas	3
• Pas de traitement de fond pour le moment	NC
• Proposer réadaptation du poste de travail en fonction de l'évolution de la maladie	3
• Demande de prise en charge à 100 %.....	3
• Kinésithérapie dans un second temps afin de diminuer le retentissement fonctionnel de la maladie.....	1
• Surveillance (oubli = 0)	NC

Remarque

Le Méthotrexate, peut être utilisé comme traitement de fond du RP à des posologies habituellement plus élevées que dans la PR. Ce traitement est réservé aux formes sévères de la maladie et n'est pas débuté dès le diagnostic comme cela peut être le cas au cours d'une PR.

DOSSIER N° 28 : Une douleur qui fait déborder le vase

Le 2 janvier, M. L., 62 ans, consulte aux urgences pour une nouvelle crise douloureuse de la cheville droite, évoluant brutalement depuis 3 heures du matin.

Comme les fois précédentes (c'est le troisième épisode), ces douleurs avaient été précédées de céphalées, d'épigastralgies et d'une gêne sourde de la cheville.

Actuellement, la douleur est extrême, à type de brûlure, permanente avec des paroxysmes et majorée par l'effleurement de la peau.

La station debout est impossible.

Examen clinique

- TA : 17/9 cm Hg ; T° : 37°8 ; Poids : 94 kg ; Taille : 1 m 76.
- Cheville rouge, luisante.
- Dos du pied infiltré par un oedème dur et douloureux.

Antécédents

- Crise de colique néphrétique il y a 2 ans.
- Plusieurs crises douloureuses des 2 gros orteils du même type, et d'ailleurs comme son frère et son oncle.
- Un infarctus du myocarde il y a 2 ans.
- Une hypertension artérielle traitée par acébutolol Sectral® et furosémide Lasilix~.
- Une consommation de 2,5 litre de vin rouge/jour + des apéritifs.
- Adénome de prostate surveillé régulièrement.
- Apparition depuis 1 an de tuméfactions dures, indolores, sous-cutanées de 0,5 cm de diamètre, siégeant au niveau de l'olécrane droit et du tendon Achille droit.

1) Quel est votre diagnostic ?

2) Quels sont vos arguments ?

3) Par quel examen confirmez-vous votre diagnostic ? Que retrouvez-vous ?

4) Quelle enzyme transforme les purines apportées par l'alimentation en acide urique ?

5) Détaillez le reste de votre bilan paraclinique.

6) Quelles sont les étiologies de cette maladie ?

DOSSIER N° 28

1) Quel est votre diagnostic ? (15)

- Crise aiguë.....4
- goutte.....4
- cheville droite3
- Dans le cadre d'une goutte chronique4

2) Quels sont vos arguments ? (20)

- Terrain :.....NC
- homme de 60 ans2
- obésité :1
- alcoolisme chronique.....1
- traitement par Lasilix° (hyperuricémiant)1
- Antécédents :1
- hypertension artérielle1
- antécédents familiaux de goutte1
- antécédents de crises de coliques néphrétiques et de crises douloureuses du gros orteil2
- Anamnèse :.....NC
- survenue de la crise 24 heures après un repas abondant et alcoolisé (réveillon du jour de l'an)1
- Clinique :.....NC
- douleur brutale (1), à début nocturne (1) (horaire inflammatoire), avec prodromes (1).....3
- fièvre1
- impotence fonctionnelle1
- inflammation locale :rougeur, oedème, hyperesthésie cutanée.....3
- présence de tophi goutteux au coude droit et au tendon d'Achille droit.....1

3) Par quel examen confirmez-vous votre diagnostic ? Que retrouvez-vous ? (20)

- Ponction articulaire (1) de la cheville droite (1) avec analyse cyto-bactériologique (1), anatomo-pathologique (1) et recherche de microcristaux (1).....5
- Mise en évidence de cristaux d'urate dans le liquide3
- pointus (1), extra et intra-leucocytaires (1).....2
- biréfringents en lumière polarisée2
- dissous par l'uricase et non par l'EDTA2
- stérile à la culture3
- Cytologie : liquide inflammatoire (1) avec plus de 2 000 éléments/mm³ (1) et plus de 50 % de polynucléaires (1)3

4) Quelle enzyme transforme les purines apportées par l'alimentation en acide urique ? (5)

- La xanthine oxydase.....5

5) Détaillez le reste de votre bilan paraclinique. (20)

• Bilan biologique à visée diagnostique :	NC
- recherche d'un syndrome inflammatoire :	1 /2
- NFS, VS, électrophorèse des protéines sériques	1,5
- radiographies standard des chevilles, des avant-pieds, des mains et des genoux.....	2,5
• Bilan étiologique :	NC
-dosage de l'uricémie et de l'uraturie des 24 h.....	1
- pH urinaire.....	1
-calcium et phosphore sanguins et urinaires	2
- ionogramme sanguin, urée, créatininémie	1,5
• Bilan du terrain :	NC
- bilan lipidique : cholestérol, triglycérides.....	1
-glycémie à jeun.....	1
- ECG.....	1
-bilan hépato-cellulaire, TP, albumine.....	1,5
- fond d'œil	1 /2
- radiographie de thorax	1 /2
• Bilan des complications de la goutte :.....	1
-protéinurie des 24 heures, HLM, ECBU	1,5
- radiographies standard d'un abdomen sans préparation	1
-échographie rénale et UIV (hors contre-indications) à distance.....	1

6) Quelles sont les étiologies de cette maladie ? (20)

• Goutte primitive :	2
- idiopathique	2
-familiale (déficit en HGPRT).....	1
• Goutte secondaire :	2
- insuffisance rénale chronique.....	2
- hémopathie maligne et lyse cellulaire	2
- iatrogène (pyrazinamide, éthambutol, aspirine à faible dose, diurétique...).....	2
- hyperparathyroïdie	1
-trisomie 21	1
- hypothyroïdie.....	2
- intoxication alcoolique aiguë.....	3
-jeûne, effort.....	NC

DOSSIER N° 29 : Non, il n'y a pas que de l'amour...

Une jeune femme de 24 ans, toxicomane à l'héroïne injectable, consulte pour des douleurs du poignet droit, du genou droit et de la main gauche évoluant brutalement depuis 24 heures.

Antécédents : syphilis primaire il y a 2 ans correctement traitée.

Ces douleurs ont commencé au genou puis se sont étendues à la main gauche et au poignet droit ; elles sont accompagnées d'une fièvre à 38,5°C. Il existe également des douleurs sur la face dorsale de la main gauche aggravées par l'extension des doigts.

La patiente vous signale qu'elle a depuis plusieurs semaines des écoulements vaginaux sales et que son compagnon présente aussi un écoulement urétral sale et douloureux.

Examen clinique

- T° : 38,3°C ; TA : 15/9 cm Hg ; FC : 80/mn.
- Épanchement articulaire du genou droit avec impotence fonctionnelle relative.
- Pustules nécrotiques avec un anneau inflammatoire sur le dos de la main gauche.
- Auscultation cardio-pulmonaire normale.
- Ménorragie (règles abondantes) et écoulement vaginal purulent.

Biologie : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

- 1) Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
- 2) Quels sont les autres diagnostics à envisager devant cette oligoarthrite aiguë ?
- 3) Comment confirmez-vous votre diagnostic ?
- 4) Quel est le reste de votre bilan ?
- 5) Quel est votre traitement spécifique ?
- 6) Quelles sont les autres mesures thérapeutiques à lui associer ?

DOSSIER N° 29

1) Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? (20)

• Diagnostic :	NC
- oligoarthritis aiguë	2
- septique	1
- À gonocoque (<i>Nisseria gonorrhea</i>)	3
- compliquant une septicémie	1
- contagé sexuel	1
• Arguments :	NC
- terrain : femme jeune active sexuellement, avec antécédents de maladie sexuellement transmissible	2
- anamnèse :	NC
. début brutal	NC
. notion de contagé sexuel (urétrite du compagnon)	2
. oligoarthritis asymétrique	2
- Clinique :	NC
. syndrome fébrile	1
. ténosynovite des extenseurs des doigts de la main gauche	1
. éruption cutanée pustulo-nécrotique du dos de la main	1
. porte d'entrée génitale probable car leucorrhées	1
- signes négatifs :	NC
. auscultation cardiaque normale	1
. absence d'angine récente	1

2) Quels sont les autres diagnostics à envisager devant cette oligoarthritis aiguë ? (20)

• Autres oligoarthritis infectieuses :	1
- staphylococcique	2
- streptococcique	2
- endocardite d'Osler	1
- brucellose	NC
- syphilis	1
- maladie de Lyme (<i>borrelia burgdorferi</i>)	1
- tuberculose	1
- hépatite B, C (donnant plutôt des arthralgies que des arthrites)	NC
- HIV	NC
- parvovirus B19	1
- rubéole, oreillons	1
- candidose septicémique	1
• Oligoarthritis post-infectieuse	1
- arthrite réactionnelle	1
- rhumatisme articulaire aigu	NC
• Oligoarthritis microcristallines	1
• Oligoarthritis inflammatoire :	1
- polyarthrite rhumatoïde	1
- rhumatisme psoriasique	1
- maladie de Still	1
- connectivite : lupus, Gougerot-Sjögren, Sharp, sclérodermie, Behçet	1

3) Comment confirmez-vous votre diagnostic ? (15)

• Recherche de gonocoque par prélèvements bactériologiques avant antibiothérapie.....	2
- col utérin	1
- urètre.....	1
- glandes de Bartholin	1
- anus	1
- cutanés : pustules de la main gauche	1
- pharyngés.....	1
- ECBU	1
- liquide articulaire	1
- hémocultures	1
-prélèvements génitaux du partenaire.....	1
• Examen direct de tous les prélèvements à la recherche de diplocoque gram	2
• Culture des prélèvements en milieu intraleucocytaire sur gélose chocolat	1

4) Quel est le reste de votre bilan ? (20)

• Ponction articulaire	1
-couplée à une analyse cyto-bactériologique, anatomo-pathologique et à une recherche de microcristaux	3
• Bilan biologique :	NC
-NFS, VS, électrophorèse des protéines sériques.....	1,5
-bilan hépato-cellulaire, urée, créatinine, glycémie, uricémie.....	2,5
• Échographie cardiaque.....	1
• Dosage des anticorps anti-streptolysine O (ASLO), et anti-streptodornase.....	1
- protéinurie des 24 heures	1
• Bilan de MST :	1
-sérologies virales : hépatites B, C, HIV.....	3
-TPHA-VDRL.....	1
• Radiographies standard des mains et poignets de face, genoux de face en charge et de profil, chevilles de face, pieds de face et de profil, et thorax de face	4

5) Quel est votre traitement spécifique ? (15)

• Urgence thérapeutique	1
• Antibiothérapie : bactéricide (1), parentérale (1/2), intraveineuse (1/2), en absence d'allergie aux β -lactamines (1), probabiliste (1), dirigée contre le gonocoque (1) et adaptée secondairement à l'antibiogramme (1) :	6
• Pénicilline G (1), IVL (1) en 4 à 6 injections par jour (1), durant 8 jours (1) et relais per os (1) avec une pénicilline A amoxicilline, Clamoxyl® (1) pendant 8 jours (1)	7
• En cas d'allergie : utiliser spectinomycine en parentéral pendant 8 jours avec relais par fluoroquinolone ciprofloxacine Ciflox® per os, pendant 8 jours.....	1
• En cas de pénicillinase : remplacer pénicilline G après réception de l'antibiogramme, par une céphalosporine de 3e génération.....	NC

6) Quelles sont les autres mesures thérapeutiques à lui associer ? (10)

• Hospitalisation en urgence.....	1
• Repos au lit ;immobilisation avec attelles si besoin.....	2
• Prévention des complications de décubitus (héparine de bas poids moléculaire en sous-cutané).....	1
• Prévention du syndrome de sevrage à l'héroïne : antalgiques à fortes doses et si besoin, usage de morphiniques.....	2
• Déclaration obligatoire	2
• Traitement du partenaire après avoir réalisé des prélèvements bactériologiques.....	2
• Associer une tétracycline à la pénicilline G de manière systématique pour traiter une éventuelle infection à <i>Chlamydiae trachomatis</i> associée	NC
• Surveillance clinique et biologique (= 0 si oubli)	NC

DOSSIER N°30 : Traitements de fond de la polyarthrite rhumatoïde

Mme L.D., 65 ans, est traitée depuis 3 ans pour une polyarthrite rhumatoïde. Deux traitements de fond ont successivement été mis en œuvre

- Allochrysine® (sels d'or) à la dose de 50 mg/semaine par voie IM, arrêté pour inefficacité après 8 injections.
- Trolovol® (D-Pénicillamine) à la dose de 1 puis 2 puis 3 cp/j. Le Trolovol®, efficace, a été arrêté au bout de 2 ans devant l'apparition de facteurs antinucléaires positifs au 1/60.

Malgré un traitement symptomatique par Aspirines 3 g/j et kétoprofène Profénid® 50 mg 2 gél/j, la patiente est hospitalisée pour une poussée polyarticulaire sévère touchant les chevilles, les genoux, les poignets et les MCP des deux mains avec impotence fonctionnelle majeure.

Biologiquement, la VS est à 55 mm à la 1^{re} heure, Hb = 9,2 g/dl.

- 1) Critiquez les conditions d'arrêt des traitements de fond précédents.
- 2) Quels sont les effets secondaires que l'on doit rechercher lors d'un traitement par Trolovol®?
- 3) Que pensez-vous du traitement symptomatique actuel ?
- 4) Quel traitement symptomatique proposez-vous dans l'immédiat ?

Vous décidez d'introduire un traitement de fond par méthotrexate, Novatrex®.

- 5) Quelles en sont les modalités de prescription et de surveillance ? Quel est le délai d'apparition d'efficacité ? En cas d'inefficacité, quelle sera votre attitude ?

DOSSIER N° 30**1) Critiquez les conditions d'arrêt des traitements de fond précédents. (20)**

- L'efficacité de l'Allochrysine, ne peut être évaluée qu'après au moins 3 mois de traitement. Le traitement a donc été arrêté trop tôt10
- La D-pénicillamine (Trolovol®), est connue pour générer des lupus induits. Mais le taux de facteurs antinucléaires (FAN) à 1/60 est non significatif.....5
- Par ailleurs les FAN peuvent être positifs à des taux faibles dans 20 % des polyarthrites rhumatoïdes5

2) Quels sont les effets secondaires que l'on doit rechercher lors d'un traitement par Trolovol® ? (20)

- Toxicité rénale : protéinurie, syndrome néphrotique5
- Toxicité cutanée.....3
- Thrombopénie, leuconéutropénie3
- Manifestations auto-immunes :3
- lupus induit, myasthénie, pemphigus vulgaire3
- Bronchiolite oblitérante.....2
- Agueusie.....1

3) Que pensez-vous du traitement symptomatique actuel ? (20)

- Association de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens contre-indiquée en raison de la toxicité rénale et digestive.....10
- Profenid® insuffisant à la dose de deux cp par jour.....5
- Il faut utiliser un AINS à demi-vie longue (Apranax®, par exemple) afin de couvrir la nuit.....5

4) Quel traitement symptomatique proposez-vous dans l'immédiat ? (20)

- Traitement symptomatique d'une poussée de polyarthrite rhumatoïde touchant plusieurs articulations
- Flash de corticoïdes (Solumédrol®), 500 mg/j IVL, trois jours de suite après bandelette urinaire, ECG, et bilan sanguin (ionogramme sanguin, NFS, VS)6
- Hospitalisation durant la durée des flash.....3
- Repos au lit3
- Antalgiques de classe I ou II3
- Confection d'orthèses des poignets pour éviter les déformations articulaires3
- Rééducation, ergothérapie2
- Surveillance (= 0 si oublié)NC

5) Quelles en sont les modalités de prescription et de surveillance ? Quel est le délai d'apparition d'efficacité ? En cas d'inefficacité, quelle sera votre attitude ? (20)

- Prescription
 - Méthotrexate, 7,5 à 20 mg/semaine per os5
- Surveillance
 - clinique : nombre de synovites (1/2), réveils nocturnes (1/2), durée du dérouillage matinal (1/2), fréquence et intensité des poussées (1/2), consommation d'AINS et d'antalgiques (1/2), dyspnée, toux (1/2), éruption cutanée, ulcérations buccales (NC).....3
 - biologique : créatininémie (1/2), transaminases (1/2), yGT (1/2), NFS (1/2), VS (NC).....2
- Délai d'efficacité : 4 semaines5
- En cas d'inefficacité, choisir un nouveau traitement de fond ou réintroduire l'Allochrysine~ou le Trolovol® qui ont été arrêtés à tort3
- Si persistance d'une atteinte articulaire isolée malgré le traitement de fond, prévoir infiltrations locales, voire synoviorthèses2

DOSSIER N° 31 : Douleurs osseuses et diarrhée...

Mme O.M., vous consulte car elle présente des douleurs des deux hanches. Elle n'a aucun antécédent particulier et ne suit aucun traitement. Ces douleurs sont apparues depuis deux mois et s'aggravent progressivement. Elles sont permanentes mais prédominent dans la journée et à la station debout.

Examen clinique

- Asthénie, pâleur.
- Difficultés à la marche. La patiente doit s'aider avec les mains pour passer de la position assise à la position debout.
- La palpation des fémurs et des os du bassin est douloureuse.
- Par ailleurs, la patiente présente des cheveux et des ongles cassants, ainsi que des diarrhées fréquentes depuis plus d'un an.

Les radiographies réalisées sont évocatrices d'ostéomalacie.

- 1) Quels sont les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique évocateurs d'ostéomalacie ?
- 2) Quels sont les signes radiologiques en faveur d'ostéomalacie ?
- 3) Quelles étiologies devez-vous rechercher ?
- 4) Quels examens demandez-vous en dehors du bilan radiologique déjà effectué ?
- 5) Quel traitement instituez-vous ?

DOSSIER N° 31

1) Quels sont les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique évocateurs d'ostéomalacie ? (20)

• Anamnèse :	NC
- douleurs osseuses mécaniques	3
- aggravation progressive	2
- contexte de diarrhées fréquentes, devant faire évoquer une malabsorption intestinale	4
• Clinique :	NC
- impotence fonctionnelle	2
- syndrome de dénutrition : altération de l'état général, trouble des phanères, pâleur	4
- douleur à la palpation des os longs	3
- <u>signe du tabouret faisant évoquer une pseudo-myopathie</u>	<u>2</u>

2) Quels sont les signes radiologiques en faveur d'ostéomalacie ? (20)

• Déminéralisation osseuse diffuse	3
• Images floues, sales	3
• Stries de Looser-Milkman (images linéaires transparentes perpendiculaires à la corticale osseuse)	4
• Déformations osseuses dans les formes historiques :	2
- bassin : protrusion acétabulaire, coxa vara, bassin en forme de cœur de carte à jouer	3
- cyphoscoliose et déformation thoracique	2
• Tassements vertébraux et aspect de vertèbres en poisson (biconcaves)	3

3) Quelles étiologies devez-vous rechercher ? (20)

Hypovitaminose D (ostéomalacie carentielle)	4
- carences d'apport	2
- malabsorption (causes intestinales, biliaires et pancréatiques) plus probable dans le cas présent	4
- insuffisance hépatocellulaire chronique et défaut de 25 hydroxylation hépatique	2
- défaut de 1 alpha hydroxylation rénale dans l'insuffisance rénale chronique	2
• IiYPOphosphorémie	2
- diabète phosphaté isolé	2
- syndrome de Fanconi par tubulopathie proximale	2
• Cause iatrogène : hors de cause dans le cas présent	NC

4) Quels examens demandez-vous en dehors du bilan radiologique déjà effectué ? (20)

• Bilan phosphocalcique sanguin et urinaire trois jours de suite (à la recherche d'hypocalciurie et d'hypophosphorémie)	3
• Dosage de la vitamine 25OH D3 qui est effondrée	3
• Recherche de stigmates biologiques de malabsorption intestinale :	1
- NFS, EPP	1
- fer sérique, ferritine, folates, vitamine B12	1
- albumine	1
- TP, dosage des facteurs vitamine K dépendants (II, VII, IX, X, Protéine C, S...)	2
- recherche de stéatorrhée, test au D-xylose	2
- fibroscopie oeso-gastro-duodénale et biopsie jéjunale (recherche maladie de Whipple, maladie coeliaque)	2
- ASP debout de face à la recherche de calcifications pancréatiques témoignant d'une pancréatite chronique	1
- bilan hépatocellulaire et recherche de cholestase	1
• Recherche néphropathie sous-jacente : ionogramme sanguin, urée, créatininémie	2

5) Quel traitement instituez-vous ? (20)

- Traitement symptomatique.....2
 - repos2
 - antalgiques2
 - apport médicamenteux de calcium et de vitamine D.....2
 - par exemple : Orocal® D3, 2 cp par jour pendant au moins un anNC
 - régime riche en calcium, ensoleillement2
 - traitement des éventuelles carences associées (fer, folates, vitamine B12...).....2
- Traitement étiologique si une étiologie est retrouvée (régime sans gluten par exemple).....2
- Surveillance :2
 - clinique : douleurs, pseudomyopathie, diarrhée2
 - biologique : calcium sanguin et urinaire tous les 15 jours pendant 1 à 2 mois puis tous les mois.....2
 - radiographie : normalisation en quelques mois sous traitementNC

DOSSIER N°32 : Erythème des membres inférieurs

Mme S., 33 ans, vous est adressée pour des douleurs articulaires touchant les genoux, les chevilles et les poignets, d'horaire inflammatoire.

La patiente n'a pas d'antécédent. Elle est mère de deux enfants de 4 et 6 ans. Les grossesses se sont déroulées sans problème.

Examen clinique

-T°: 38,4°C ; TA :12/7 cm Hg

-Articulations douloureuses à la mobilisation. Épanchement articulaire du genou gauche.

-Nodules érythémateux enchâssés dans le derme et l'hypoderme à la face antérieure des jambes et sur les deux avant-bras, douloureux à la pression.

-Auscultation pulmonaire normale.

1) Qu'évoquent pour vous les lésions cutanées ? Quel élément fondamental manque-t-il à votre examen clinique ?

2) Quelles étiologies devez-vous rechercher ?

3) Quel est votre bilan paraclinique ?

4) Votre bilan vous permet de conclure à un syndrome de Léfgren. Sur quels éléments cliniques et paracliniques avez-vous pu porter ce diagnostic ?

5) Quel est le pronostic ?

6) L'année suivante, la patiente revient vous voir devant des douleurs osseuses diffuses. Un bilan sanguin vous permet de découvrir une hypercalcémie légère et bien tolérée sur le plan clinique et électrocardiographique. Comment expliquez-vous cette hypercalcémie ?

DOSSIER N°32

1) Qu'évoquent pour vous les lésions cutanées? Quel élément fondamental manque-t-il à votre examen clinique ? (10)

- Érythème noueux5
- Auscultation cardiaque à la recherche d'un souffle (afin d'éliminer une endocardite à streptocoque...)5

2) Quelles étiologies devez-vous rechercher ? (20)

- Streptocoque4
- Sarcoidose4
- Yersiniôse, Chlamydia, (maladie des griffes du chat, lèpre)4
- Tuberculose4
- Entéropathies inflammatoires (Crohn, rectocolite hémorragique).....2
- Maladie de Behçet.....1
- Hémopathies1

3) Quel est votre bilan paraclinique ? (30)

- Intradermoréaction à la tuberculine.....4
- Radiographie de thorax de face3
- Marqueurs streptococciques : anticorps anti-streptolysine O (ASLO), anti-streptodornases3
- Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.....3
- Sérologies Yersinia et Chlamydia3
- Prélèvement de gorge.....3
- Radiographies des sinus et panoramique dentaire.....3
- Bilan biologique avec NFS, ionogramme sanguin, VS, CRP3
- Ponction articulaire avec analyse cyto-bactériologique, anatomopathologique et recherche de microcristaux2
- Hémocultures systématiques1
- ECRU2
- En cas de souffle cardiaque, il faudra pratiquer en urgence une échographie cardiaqueNC

4) Votre bilan vous permet de conclure à un syndrome de Lefgren. Sur quels éléments cliniques et paracliniques avez-vous pu porter ce diagnostic ? (20)

- Fièvre4
- Arthralgies4
- Érythème noueux4
- Adénopathies médiastinales visibles sur la radiographie de thorax.....4
- Anergie tuberculinique4

5) Quel est le pronostic ? (10)

- Guérison spontanée dans 90 % des cas. Pas de traitement nécessaire autre que symptomatique10

6) L'année suivante, la patiente revient vous voir devant des douleurs osseuses diffuses. Un bilan sanguin vous permet de découvrir une hypercalcémie légère et bien tolérée sur le plan clinique et électrocardiographique. Comment expliquez-vous cette hypercalcémie ? (10)

- Les granulomes sarcoïdiques sécrètent de la vitamine D qui est responsable de l'hypercalcémie.....10

DOSSIER N°33 : Lésions osseuses multiples chez un homme de 52 ans

Mr D., âgé de 52 ans, vous consulte pour une douleur de la fesse droite qui a débuté il y a deux mois. Les douleurs sont permanentes mais s'intensifient la nuit et le réveillent régulièrement vers trois heures du matin. Le patient a d'abord utilisé du paracétamol Doliprane® pour se soulager, avec une efficacité partielle au début, puis, comme ça ne suffisait plus, il a essayé le dextropropoxyphène et paracétamol Diantalvic®, sans plus de succès. Actuellement, il souffre tellement qu'il ne quitte presque plus son lit. Il a arrêté de travailler depuis trois semaines. Depuis quinze jours les douleurs se sont étendues à l'aîne ainsi que dans toute la cuisse droite. Dans ces antécédents, vous retrouvez une hypertension artérielle et un anévrysme de l'aorte abdominale qui a été opéré il y a trois mois. Le patient a consulté le chirurgien il y a un mois qui l'a rassuré en lui disant que sa douleur n'était pas liée à la pose de sa prothèse aortique.

Mode de vie : marié, comptable en entreprise, tabagisme chronique à 45 PA.

Examen clinique

- T° : 37,4°C ; TA : 13/9 cm Hg.
- Perte de 5 kg en deux mois. Perte d'appétit.
- Douleur élective exquise à la palpation de l'ischion droit.
- Pas de raideur rachidienne, absence de sonnette, pas de signe de Lasègue.
- Mobilisation de la hanche douloureuse mais non limitée.
- Auscultation pulmonaire : râles bronchiques dans le champ pulmonaire droit.
- Pas de souffle à l'auscultation cardiaque. Pouls périphériques perçus.
- Aires ganglionnaires libres. Thyroïde normale à la palpation.

1) Dans ce contexte quel élément fondamental de l'examen clinique manque-t-il ?

2) Quel est votre bilan radiologique de première intention ?

Votre bilan vous permet de mettre en évidence une image lytique au sein de l'ischion droit ainsi qu'une lyse moins importante de la branche ilio-pubienne droite.

3) Quels diagnostics pouvez-vous évoquer ?

4) Quel est votre bilan biologique ?

5) Par quels examens d'imagerie (hors radiographies standard) devez-vous compléter votre bilan ?

6) Quel geste peut s'avérer nécessaire à visée diagnostique ?

7) Quels types de néoplasies doit-on rechercher en priorité devant des lésions osseuses secondaires ?

DOSSIER N°33

1) Dans ce contexte quel élément fondamental de l'examen clinique manque-t-il ? (10)

• Toucher rectal et examen de la prostate 10

2) Quel est votre bilan radiologique de première intention ? (16)

• Radiographies standard 4
 - bassin de face 4
 - hanche droite face et profil 4
 - thorax face et profil (patient tabagique) 4

3) Quels diagnostics pouvez-vous évoquer ? (16)

• Localisations osseuses secondaires d'un cancer viscéral ostéophile 4
 • Lymphome osseux 4
 • Myélome multiple 4
 • Localisation septique osseuse (ostéite septique) en postopératoire à point de départ prothétique 4
 • Ostéite tuberculeuse NC

4) Quel est votre bilan biologique ? (18)

• Bilan inflammatoire 1
 - NFS, VS, EPP, CRP, ferritinémie (1/2 point par item) 2,5
 • Protéinurie des 24 heures 1
 - immuno-électrophorèse des protéines sériques et urinaires 1
 - ionogramme sanguin, urée, créatinine (1/2 point par item) 1,5
 - calcium (1) et phosphore (1) sanguin (1) et urinaire (1) durant trois jours consécutifs (1) 5
 - phosphatases alcalines 1
 - LDH 1
 • Bactériologie : 1
 - hémocultures systématiques (au moins trois) 2
 - ECBU 1
 - ECBC si toux grasse NC
 - IDR à la tuberculine NC
 • Marqueurs tumoraux inutiles dans ce contexte car trop chers et trop peu rentables (sauf PSA à distance du toucher rectal) NC

5) Par quels examens d'imagerie (hors radiographies standard) devez-vous compléter votre bilan ? (16)

• TDM pelvien avec fenêtres osseuses et étude approfondie des deux lésions visibles sur tes radiographies standards 6
 • Scintigraphie osseuse au Technetium 99 marqué ; squelette corps entier 6
 • Échographie abdominale et pelvienne (si doute sur pathologie prostatique au TR) 4
 • TDM thoracique au moindre doute de lésion pulmonaire à la radio de thorax NC

6) Quel geste peut s'avérer nécessaire à visée diagnostique ? (10)

• Ponction biopsique de la lésion ilio-pubienne sous contrôle scanner 5
 • Analyse anatomopathologique des prélèvements et étude bactériologique au direct (avec coloration de Ziehl) et mise en culture sur milieux usuels et sur milieu de Lowenstein (0 si oublié) 5

7) Quels types de néoplasies doit-on rechercher en priorité devant des lésion osseuses secondaires ? (14)

• Les cancers qui peuvent être traités de manière efficace par chimiothérapie :	2
- prostate	2
- sein (chez la femme)	2
-ovaire (chez la femme).....	2
-thyroïde	2
- lymphome	1
- testicule	2
- rein (chimiothérapie efficace dans 20 % des cas).....	1
- poumon : cancer à rechercher même si l'intérêt thérapeutique au stade des métastases osseuses est très limité.....	NC

DOSSIER N°34 : À propos des antalgiques...

Un homme de 67 ans est atteint d'un cancer O.R.L. traité il y a 2 ans par chimiothérapie, pharyngolaryngectomie puis radiothérapie externe.

Quatorze mois plus tard, il a présenté une récurrence locale avec des nodules de perméation cutanés et une atteinte plexique gauche. Les douleurs cervicales sont de plus en plus intenses et irradient dans des accès fulgurants à la face postérieure du bras et de l'avant-bras jusqu'à la face dorsale du III^e doigt.

Il est très insuffisamment soulagé par son traitement actuel qui comprend

- paracétamol Dafalgan® 500 : 6 cp/j.
- floctafénine I darac® : 3 cp/j.
- paracétamol et codéine Efferalgan-Codéine® : 3 cp/j.
- buprénorphine Temgésic® SC : 1 amp./6 h.

- 1) À quelles classes d'antalgiques appartiennent ces différents médicaments ? À quels niveaux correspondent-ils ?
- 2) Critiquez l'association actuelle.
- 3) Vous décidez d'initier un traitement par chlorhydrate de morphine par voie orale. Détaillez votre prescription initiale pour 14 jours.
- 4) Quels sont les effets secondaires de la morphine ?
- 5) Citez les autres morphiniques purs non synthétiques utilisables par voie orale (DCI et nom commercial). Décrivez leur mode d'utilisation et comment vous adaptez les posologies.
- 6) À quelle atteinte radiculaire correspondent les douleurs décrites par ce patient ? Quel déficit moteur et réflexe recherchez-vous ?

DOSSIER N°34

1) À quelles classes d'antalgiques appartiennent ces différents médicaments ? À quels niveaux correspondent-ils ? (16)

- Dafalgan® : antalgique et antipyrétique. Antalgique périphérique de niveau I OMS4
- Idarac® : antalgique pur. Antalgique de niveau I OMS4
- Efferalgan-Codéine® : antalgique antipyrétique associé à un agoniste morphinique faible : paracétamol + codéine, niveau II OMS4
- Temgésic® : agoniste partiel de la morphine. Niveau III OMS4

2) Critiquez l'association actuelle. (20)

- Dose trop élevée de paracétamol journalier : 3 g + 1,5 g = 4,5 g/j !!!.....4
- Association de médicaments de même niveau déconseillée4
- Voie sous-cutanée déconseillée dans les traitements de patients cancéreux.....4
- Association d'un agoniste morphinique (codéine) et d'un agoniste partiel (buprénorphine) contre-indiquée.....4
- Persistance des douleurs prouvant qu'il faut passer à un palier supérieur4

3) Vous décidez d'initier un traitement par chlorhydrate de morphine par voie orale. Détaillez votre prescription initiale pour 14 jours. (14)

- Posologies écrites en toutes lettres sur carnet à souche4
- Nom, adresse du patient, identification du médecin4
- Chlorhydrate de morphine : dix milligrammes toutes les quatre heures dans dix millilitres d'eau, soit soixante milligrammes par jour pour quatorze jours, soit au total huit cent quarante milligrammes6

4) Quels sont les effets secondaires de la morphine? (22)

- Anxiolytique, hypnotique.....1
- Psychodyslepsie :2
- toxicomanogènes (tolérance, dépendance psychique et physique)2
- dysphorie, hallucinations.....2
- Psychomotricité :NC
- sédation, convulsions à fortes doses chez les enfants2
- Action neurovégétative :2
- dépression respiratoire2
- Antitussif1
- Émétique2
- Parasympathomimétique (myosis, bradycardie, hypotension)2
- Action sur les muscles lisses :1
- constipation1
- bronchospasme2
- Action métabolique : hypothermie, hyperglycémie, SIADHNC

5) Citez les autres morphiniques purs non synthétiques utilisables par voie orale (DCI et nom commercial). Décrivez leur mode d'utilisation et comment vous adaptez les posologies. (18)

- Sulfate de morphine : Moscontin® et Skenan®.....5
- En 2 prises quotidiennes4
- Débuter le traitement à 1 mg/kg/j (30 mg x 2/j).....4
- Si posologies insuffisantes : augmenter la posologie de 50 % toutes les 2 demi-vies : (24 h pour le sulfate de morphine)5
- Possibilité d'associer à ce traitement des doses de secours de chlorhydrate de morphine en cas de besoin (10 mg dans 10 ml, maximum toutes les quatre heures)NC
- En cas d'effets secondaires, donner laxatifs, anti-émétiques...

6) À quelle atteinte radiculaire correspondent les douleurs décrites par ce patient ? Quel déficit moteur et réflexe recherchez-vous ? (10)

- Atteinte de la racine C7 gauche4
- Déficit moteur touchant les extenseurs de la main et des doigts.....3
- Atteinte du réflexe tricipital3

DOSSIER N°35 : Douleurs d'une main chez une femme de 34 ans

Douleurs de la main dans les suites du traitement d'un cancer thyroïdien.

Mme S., 34 ans, a été hospitalisée il y a deux mois pour traitement d'un cancer papillaire de la thyroïde. Elle a d'abord été opérée (thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire), puis a reçu une dose de 100 millicuries d'iode radioactif. Le bilan d'extension était entièrement négatif.

Elle prend tous les jours 100 microgrammes de Lévothyrox®-LThyroxine, aucun autre médicament. Elle n'a pas d'autre antécédent notable.

Elle revient maintenant en urgence pour des douleurs de la main droite. Il existe un oedème de cette main, dont la mobilité active est limitée. Aucune adénopathie palpable. L'examen clinique est entièrement normal par ailleurs. La température est à 37,3°C, le pouls à 85/mn, la tension artérielle à 120/70 mmHg.

- 1) Quelles) hypothèses) évoquez-vous ?
- 2) Vous demandez une radiographie de la main droite. Quelle est votre interprétation ? Cela précise-t-il votre diagnostic ?
- 3) Quels) autres) examens) complémentaires) pourrai(en)t apporter des arguments de diagnostic positif ?
- 4) Quelles sont les principales étiologies et les facteurs favorisants de cette pathologie au membre supérieur ?
- 5) Quels seront les principes de votre traitement de première intention ?
- 6) Quel est le pronostic de cette affection ?



DOSSIER N°35

1) Quelles) hypothèses) évoquez-vous ? (20)

- Algodystrophie de la main droite suite à l'irathérapie en phase chaude10
- Métastase osseuse de la main droite.....5
- Arthrite du poignet5
- Pasteurellose d'inoculation (selon le contexte)NC

NB : Le syndrome du canal carpien par hypothyroïdie ne doit pas être évoqué ici.

NB : À la phase scléreuse (froide), on peut discuter une fasciite palmaire rétractile paranéoplasique (surtout dans le cancer de l'ovaire).

2) Vous demandez une radiographie de la main droite. Quelle est votre interprétation? Cela précise-t-il votre diagnostic? (10)

- Déminéralisation de la main droite4
- Aspect d'ostéoporose pommelée4
- Oui, évocateur d' algodystrophie de la main droite2

3) Quel(s) autre(s) examen(s) complémentaires) pourrai(en)t apporter des arguments de diagnostic positif ? (10)

- Scintigraphie osseuse au technétium 99 : hyperfixation locorégionale intense et précoce8
- IRM de la main droite : peu pratiquée (mais plutôt au genou et à la hanche) : hyposignal en T1, hypersignal en T2 non spécifique.....2
- Examens aberrants : zéro.

NB : L'inconstante élévation de l'hydroxyprolinurie des 24 heures est un faible argument.

4) Quelles sont les principales étiologies et les facteurs favorisants de cette pathologie au membre supérieur ? (20)

- Étiologies
 - traumatismes (ex : fractures de l'extrémité inférieure du radius)2
 - infarctus du myocarde2
 - péricardite2
 - tumeurs pleuropulmonaires et médiastinales (mais aussi ovaire, cerveau...)2
 - atteinte du système nerveux (hémiplégie, maladie de Parkinson, zona, radiculalgies).....2
 - panarisNC
 - médicaments :iode radioactif, phénobarbital, antithyroïdiens de synthèse, isoniazide2
- Facteurs favorisants
 - terrain anxiodépressif, neurotonique, ou psychasthénique.....2
 - hYPerthyro'idie.....2
 - hypertriglycéridémie2
 - diabète2

NB : La grossesse peut donner une algodystrophie de la hanche.

5) Quels seront les principes de votre traitement de première intention ? (20)

- Repos des articulations touchées, immobilisation partielle.....4
- Antalgiques4
- Calcitonine.....4
- Kinésithérapie non douloureuse, prudente et progressive4
- Massages de drainage de l'œdèmeNC
- Surveillance (oubli = 0).....4

6) Quel est le pronostic de cette affection ? (20)

- Imprévisible.....4
- Atteinte de l'épaule possible (syndrome épaule-main)4
- Évolution sur 12 à 18 mois en moyenne.....4
- Passage à la phase froide (scléreuse) : diminution de l'œdème, des douleurs, des signes pseudo-inflammatoires, et des mobilités des articulations touchées4
- Risque principal : enraidissement du poignet (rétractions cutanées, tendineuses, capsulosynoviales)4

DOSSIER N°36 : Un Égyptien a mal à une cheville

M. C., 30 ans, Égyptien en France depuis 5 ans, consulte aux urgences pour douleur et gonflement de la cheville gauche.

Ces douleurs ont débuté il y a 4 mois, suite à un traumatisme et ont été traitées initialement par anti-inflammatoires par son médecin traitant dans l'hypothèse d'une entorse. Les douleurs n'ont pas cédé et s'est constitué progressivement un épanchement articulaire douloureux, inflammatoire avec impotence fonctionnelle majeure.

Examen clinique

- T°= 37,5°C, épisodes de sueurs nocturnes.
- Perte de 5 kg en 3 mois (60 kg pour 1,70 m).
- Cheville gauche douloureuse, globalement tuméfiée, rouge, chaude, impossible à mobiliser en raison de la douleur.
- Toux grasse, auscultation pulmonaire : crépitants des 2 sommets.

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

2) Les radiographies de la cheville et du thorax vous donnent des arguments en faveur du diagnostic évoqué à la question 1. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

3) L' examen direct du liquide articulaire de la cheville retrouve des bacilles acido-alcool-résistants. Quel est votre traitement médicamenteux ?

4) Quelles sont les autres mesures thérapeutiques ?

5) Quelle est votre surveillance ?

DOSSIER N°36

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (20)

• Arthrite tuberculeuse.....	6
-terrain : sujet transplanté	2
- évolution subaiguë	2
-tuberculose pulmonaire probable :.....	2
- altération de l'état général.....	2
-sueurs nocturnes	2
- crépitants des sommets	2
-toux grasse	2

2) Les radiographies de la cheville et du thorax vous donnent des arguments en faveur du diagnostic évoqué à la question 1. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (20)

• Confirmation diagnostique :	2
- BK crachats et tubages 3 jours de suite	2
- ponction articulaire avec examen bactériologique, cytologique, recherche de BAAR : coloration de Ziehl-Neelsen,	2
-culture sur milieu de Löwenstein.....	2
- IDR à la tuberculine	2
• Bilan préthérapeutique :	2
- NFS, VS, TP, TCK, ionogramme sanguin, urée, créatinine.....	2
- bilan hépatique.....	2
- uricémie	2
-examen ophtalmologique.....	2

3) L'examen direct du liquide articulaire de la cheville retrouve des bacilles acido-alcoolo-résistants. Quel est votre traitement médicamenteux ? (16)

• Trithérapie antituberculeuse pendant 3 mois :	3
- isoniazide/Rimifon~ : 5 mg/kg/j soit 300 mg/j.....	2
- rifampicine : 10 mg/kg/j soit 600 mg/j.....	2
- éthambutol : 15 mg/kg/j soit 900 mg/j	2
• Puis bithérapie pendant 9 mois	3
• En l'absence de contre-indication.....	2
• Antalgiques	2

4) Quelles sont les autres mesures thérapeutiques ? (14)

• Hospitalisation.....	2
• Isolement en chambre seule jusqu'à négativation des expectorations.....	2
• Dépistage et traitement éventuel des sujets-contacts	2 (oubli = 0)
•Immobilisation de la cheville.....	2
• Surveillance de l'efficacité et de la tolérance des traitements	2
• Déclaration obligatoire	2
• Demande de 100 %	2

5) **quelle est votre surveillance ?** (10)

• Efficacité du traitement :	1
- clinique :	1
. régression progressive de l'épanchement articulaire, diminution des douleurs.....	1
. reprise de poids.....	1
- radiologique : stabilité des lésions osseuses	1
• Tolérance du traitement :	1
-transaminases une fois par semaine pendant un mois puis une fois par mois.....	1
- uricémie : une fois par mois pendant un mois	1
-vision des couleurs : à un mois et 2 mois.....	1
- négativité des expectorations.....	1

DOSSIER N°37 : Douleur du genou droit depuis deux jours chez une femme de 65 ans

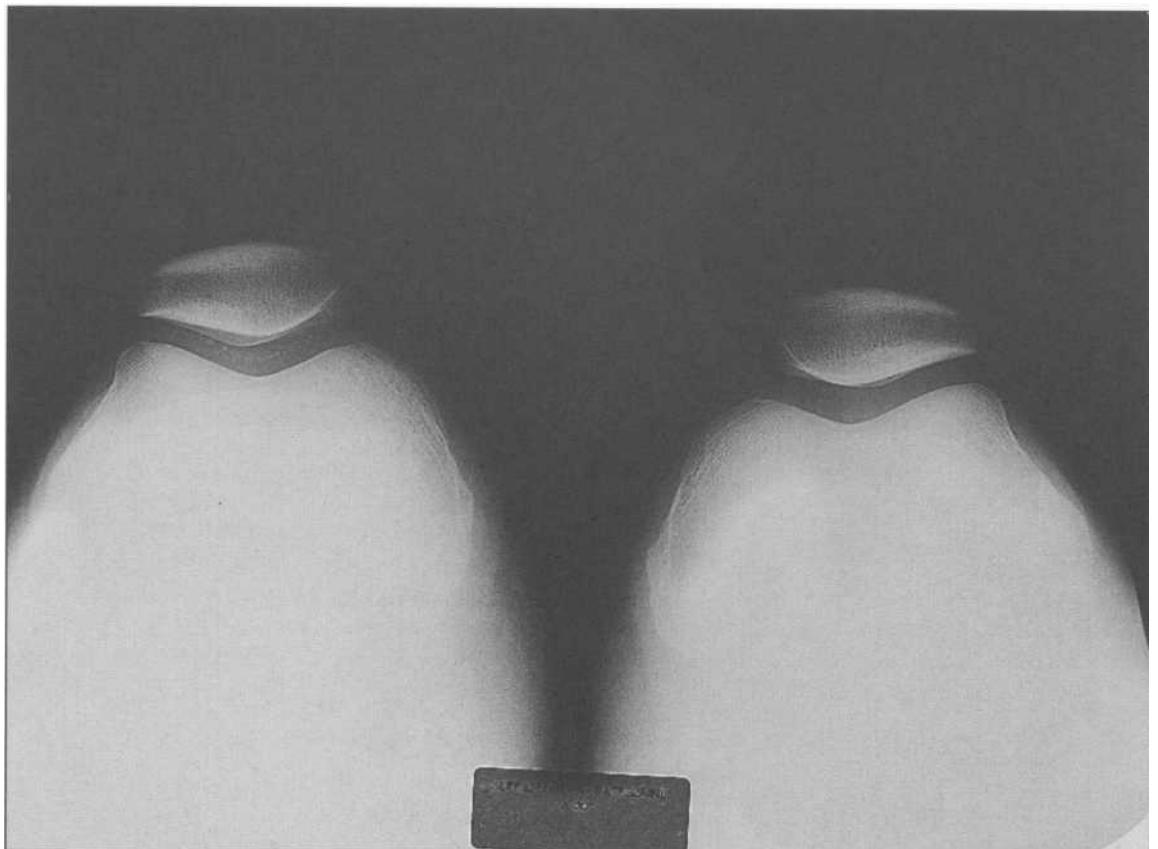
Mme B., 65 ans, vous consulte pour douleur du genou droit depuis 2 jours. Dans ses antécédents, on note une hypertension artérielle traitée par Propanolol Avlocardyl® depuis 10 ans. Pas d'antécédent rhumatologique.

Les douleurs ont commencé alors que Mme B. faisait du jardinage. En deux jours le genou a enflé, devenant douloureux à la moindre mobilisation. À l'examen, le genou est augmenté de volume, rouge, chaud, douloureux à la palpation, avec un choc rotulien. Température : 38,5°C, TA à 12/8 cmHg, pouls à 65/mn. Poids à 75 kg pour 1,55 m. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. La radio des genoux vous est fournie (page suivante).

Biologie : GB = 15 000/mm³ dont 85 % de polynucléaires neutrophiles ; VS = 100 mm à la première heure.

- 1) Quels diagnostics évoquez-vous ?
- 2) Quels examens complémentaires demandez-vous ?
- 3) Interprétez ces radiographies (page suivante).
- 4) La ponction articulaire retrouve un liquide fluide, contenant 4 000 éléments/mm³ dont 95 % de polynucléaires neutrophiles et des cristaux rectangulaires, courts et faiblement biréfringents en lumière polarisée. Quel est le diagnostic ?
- 5) Quelles sont les différentes étiologies possibles de cette pathologie s'il s'agit d'une forme secondaire ?
- 6) Il s'agit en fait probablement d'une forme primitive. Quels sont les principes de votre traitement ?

DOSSIER N°37



DOSSIER N°37

1) Quels) diagnostics) évoquez-vous ? (20)

- Monoarthrite aiguë inflammatoire
- arthrite infectieuse (oubli = 0).....5
- arthrite microcristalline : goutte.....5
- arthrite microcristalline : chondrocalcinose articulaire5
- Rhumatisme inflammatoire : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathie, rhumatisme psoriasique (mais pas d'antécédent rhumatologique)5
- Rhumatisme post-angineux de l'adulte.....NC

2) Quels) examens) complémentaires demandez-vous ? (18)

- Ponction articulaire (oubli = 0) avec :2
- analyse biochimique, bactériologique, immunologique2
- recherche de microcristaux.....2
- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie.....2
- Uricémie2
- Bilan phosphocalcique2
- CRP2
- NFS, VS, bilan immunologique : facteur rhumatoïde, complément sérique, anticorps antinucléairesNC
- Hémodultures (oubli = 0)2
- Radiographie des 2 genoux debout de face, de profil avec incidence fémoropatellaire2

3) Interprétez ces radiographies. (20)

- Calcifications méniscales du genou droit (fin liseré opaque surlignant les contours méniscaux).....10
- Signent une chondrocalcinose articulaire.....10

4) La ponction articulaire retrouve un liquide fluide, contenant 4 000 éléments/mm³ dont 95 % de polynucléaires neutrophiles et des cristaux rectangulaires, courts et faiblement biréfringents en lumière polarisée. Quel est le diagnostic ? (10)

- Chondrocalcinose articulaire aiguë10

5) Quelles sont les différentes étiologies possibles de cette pathologie ? (10)

- HYPeRparathyro'idie.....5
- Hémochromatose.....5

Exceptionnelles : hypothyroïdie, hypomagnésémie chronique, hypophosphatasie. Les maladies génétiques ne sont pas évoquées ici : maladie de Wilson, ochronose. Idiopathique : la plus fréquente.

6) Il s'agit en fait probablement d'une forme primitive. Quels sont les principes de votre traitement ? (20)

Traitement symptomatique

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (en l'absence de contre-indications) : ex. diclofénac Voltarène® cp 50 mg : 2 cp/j.....5
- en l'absence de contre-indications.
- Ou colchicine également acceptée.....5
- Antalgiques3
- Repos au lit3
- Kinésithérapie.....3
- Prophylaxie thrombo-embolique par HBPM.....3
- Surveillance (oubli = 0).....3
- Correction du surpoids.....NC

DOSSIER N°38 : Impotence fonctionnelle aiguë de l'épaule chez un homme de 52 ans

M. L., 52 ans, consulte en rhumatologie pour impotence fonctionnelle de l'épaule droite. Il existait depuis plusieurs années des douleurs de cette épaule, intermittentes, pour lequel M. L. n'avait jamais consulté. La veille, après un "faux mouvement" en rangeant un dictionnaire sur une étagère, il a ressenti un craquement avec douleur brutale de cette épaule. Depuis, il est "paralysé" de cette articulation. La douleur a actuellement quasiment disparu. La tentative d'abduction de l'épaule droite n'entraîne qu'une élévation de son moignon.

La mobilité passive de l'épaule est normale. L'examen neurologique ainsi que le reste de l'examen clinique est normal.

- 1) Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
- 2) Quelles sont les causes neurologiques d'épaule paralytique ?
- 3) Quelles) radiographies) standards) demandez-vous en première intention ?
- 4) Ces radios sont normales. Vous pratiquez une arthrographie de l'épaule droite. Quelle est l'image typique en accord avec votre principale hypothèse diagnostique ?
- 5) Quels sont les autres examens complémentaires qui peuvent donner des arguments diagnostiques intéressants dans cette pathologie ?
- 6) Quels sont les principes de votre traitement de première intention ? Discutez en particulier les infiltrations de corticoïdes.

DOSSIER N°38

1) Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (10)

- Rupture récente de la coiffe des rotateurs droite10

2) Quelles sont les causes neurologiques d'épaule paralytique ? (20)

- Lésion de C52
- Paralysie du nerf circonflexe.....7
- Paralysie du nerf sus-scapulaire.....7
- Syndrome de Parsonage et Turner2
- Lésion de la corne antérieure de la moelle.....2

3) Quelles) radiographies) standards) demandez-vous en première intention ?

- Rx d'épaule droite et gauche.....5
- Face rotation indifférente5
- Face rotation externe.....5
- Face rotation interne.....5

-NB : Si "avalanche" de radios, zéro.

4) Ces radios sont normales. Vous pratiquez une arthrographie de l'épaule droite. Quelle est l'image typique en accord avec votre principale hypothèse diagnostique ?(20)

- Opacification de la bourse séreuse sous deltoïdienne20

5) Quels sont les autres examens complémentaires qui peuvent donner des arguments diagnostiques intéressants dans cette pathologie ? (10)

- Échographie3
- IRM4
- Arthroscanner.....3

6) Quels sont les principes de votre traitement de première intention ? Discutez en particulier les infiltrations de corticoïdes. (20)

- Immobilisation transitoire du bras droit.....2
- En abduction2
- AINS.....2
- Antalgiques2
- Surveillance2
- Les corticoïdes sont contre-indiqués.....5
- Car aggravent les nécroses tendineuses.5

DOSSIER N°39 : Douleurs de hanches chez un homme de 64 ans

M. R., 64 ans, consulte pour douleurs de hanches.

Les douleurs sont apparues il y a deux ans, d'abord en fin de journée, puis pour des marches de plus en plus modérées. Il s'agit de douleurs de la hanche droite plus que gauche irradiant aux genoux par la face antérieure de la cuisse. Les hanches ne sont pas inflammatoires. Il existe un dérouillage matinal. Le patient est gêné dans différents gestes de la vie quotidienne (faire sa toilette, mettre ses chaussures) mais est encore très autonome. Les mobilités des hanches sont les suivantes

	Gauche	Droite
Flexion :	120	100
Extension :	5	0
Rotation externe :	35	15
Rotation interne :	15	5
Abduction :	30	15
Adduction :	15	5

Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'un surpoids (1,67 m, 75 kilos). Il a comme antécédents une cystectomie totale avec curage ganglionnaire et urétérosigmoïdostomie réalisée il y a 6 ans pour tumeur vésicale.

- 1) Quelles sont les mobilités normales de la hanche ?
- 2) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 3) Quels est(sont) le(s) premier(s) examens complémentaires) que vous demandez ?
- 4) Quels sont en général les diagnostics à évoquer devant des douleurs de hanches avec radios normales ?
- 5) La radiographie de bassin de face est soumise à votre interprétation.
- 6) Si vous décidez de ne pas opérer M. R. pour le moment, quelle sera votre prise en charge thérapeutique ?



Radiographie de bassin de face.

DOSSIER N°39

1) Quelles sont les mobilités normales de la hanche?

- Extension : 15.....2
- Flexion : 1302
- Abduction : 452
- Adduction : 302
- Rotation externe : 45.....2
- Rotation interne : 302

2) Quel diagnostic évoquez-vous ? (10)

- Coxarthrose bilatérale10

3) Quels est(sont) le(s) premier(s) examen(s) complémentaires) que vous demandez ? (20)

- Rx de bassin debout de face, pieds à 30° de rotation interne.....10
- Faux profil de Lequesne droit et gauche10

NB : La VS n'a pas d'intérêt devant un tableau si évident.

4) Quels sont en général les diagnostics à évoquer devant des douleurs de hanches avec radios normales ? (10)

- Algodystrophie2
- Ostéonécrose débutante2
- Chondromatose synoviale2
- Tendinite non calcifiante2
- Fissure osseuse du col fémoral2

5) La radiographie de bassin de face est soumise à votre interprétation. (24)

- Coxarthrose évoluée2
- Primitive.....2
- Bilatérale.....2
- Plus marquée à droite qu'à gauche2
- Ostéocondensation des toits cotyloïdiens et du pôle supérieur de la tête fémorale droite2
- Destruction de l'interligne articulaire supéro-externe droit2
- Pincement de l'interligne supéro-externe gauche2
- Géodes d'hyperpression du pôle supérieur de la tête fémorale droite2
- Ostéophytose cotyloïdienne (avant toit et seuil) et des têtes fémorales (colerette, ostéophytose marginale)2
- Déformation de la partie supéro-externe de la tête fémorale droite2
- Ostéophytose vertébrale majeure2
- Séquelles d'intervention chirurgicale pelvi-abdominale.....2

6) Si vous décidez de ne pas opérer M. R. pour le moment, quelle sera votre prise en charge thérapeutique ? (24)

- Économie locomotrice : éviter : station debout prolongée, marche prolongée, port de charges 4
 - port d'une canne du côté gauche2
 - retour à un poids normal2
- Lutte contre le fessum (décubitus ventral 30 mn/j)4
 - pratique de la bicyclette (éventuellement d'intérieur).....2
 - kinésithérapie (éventuellement en piscine)2
- Antalgiques2
- AINS (hors contre-indications et avec protecteurs gastriques, sinon zéro)2
- Discuter les anti-arthrosiques d'action lente (ex : diacéréine Art 50® inhibiteur de l'IL1)NC
- Surveillance : périmètre de marche, gestes de la vie quotidienne, indice algofonctionnel de Lequesne, mobilités, radio de bassin de face et faux profil de Lequesne.....4

NB : La canne doit être portée du "bon" côté, pour ceux qui ont du mal à se souvenir de quel côté la mettre...

DOSSIER N°40 : Douleurs aiguës de l'épaule chez une femme de 61 ans

Mme P, 61 ans, consulte pour douleur aiguë de l'épaule gauche, associée à une impotence fonctionnelle totale.

- 1) Quelles sont les principales causes d'épaule douloureuse aiguë non traumatique ?
- 2) Décrivez votre examen clinique.
- 3) Vous vous orientez vers une épaule aiguë hyperalgique. Sur quels arguments de l'examen clinique?
- 4) Quel est le principal diagnostic différentiel à envisager ?
- 5) Interprétez la radiographie suivante (épaule gauche de face).
- 6) Quel est votre traitement ?



DOSSIER N°40

1) Quelles sont les principales causes d'épaule douloureuse aiguë non traumatique ? (20)

• Périarthrite scapulo-humérale (rhumatisme abarticulaire de l'épaule)	2
- épaule douloureuse simple (tendinite)	2
- épaule aiguë hyperalgique (inflammation due à une calcification tendineuse de la coiffe des rotateurs)	2
- épaule gelée (capsulite rétractile, algodystrophie)	2
- épaule pseudoparalytique (rupture de la coiffe des rotateurs)	2
- épaule sénile hémorragique (hémarthrose avec rupture de coiffe des rotateurs sur arthrose)	2
• Épaule paralytique neurologique (Syndrome de Parsonage et Turner...)	1
- névralgie cervicobrachiale C5	1
- syringomyélie	NC
• Arthrite infectieuse (oubli -- 0)	2
- arthrite inflammatoire chronique (PR, SPA, PPR)	1
- arthrites microcristallines (goutte, chondrocalcinose, hydroxyapatite)	1
- ostéite	NC
• Tumeur primitive ou métastase	NC
- maladie de Paget	NC
- ostéomalacie	NC
- omarthrose	NC
• Ostéonécrose de la tête humérale	2
• Chondromatose primitive	NC

2) Décrivez votre examen clinique. (20)

• Interrogatoire : épisodes douloureux, profession, loisirs	1
• ATCD : médicochirurgicaux (médicaments, causes d'algodystrophie, arthropathies microcristallines, néoplasies,...)	1
• Infiltrations de l'épaule	1
• Évolutivité : apparition brutale ou progressive, horaire mécanique ou inflammatoire de la douleur	1
• Circonstances d'apparition : effort, faux mouvement, repos, avec craquement	1
• Température	2
• Examen bilatéral comparatif	1
• Inspection : déformation, tuméfaction de l'épaule, état de la peau en regard, amyotrophie	2
• Palpation : chaleur locale	1
• Mobilités actives dans les trois plans de l'espace et avec mouvements complexes (circumduction...) et force musculaire	2
• Mobilités passives	2
• Recherche de point douloureux exquis	1
• Sensibilité du moignon de l'épaule	1
• Réflexes ostéotendineux (styloradial, bicipital)	1
• Examen neurologique général	NC
• Pouls, tension artérielle	NC
• Adénopathies	NC

3) Vous vous orientez vers une épaule aiguë hyperalgique. Sur quels arguments de l'examen clinique ? (20)

• ATCD possible de tendinite calcifiante de l'épaule	2
• Apparition brutale de la douleur	2
• Au repos	2
• Intensité de la douleur (insomnante, avec irradiations)	2
• Impotence fonctionnelle totale	2
• Pseudoblocage antalgique (mobilisation passive impossible mais sans raideur)	2
• Articulation inflammatoire (tuméfaction, rougeur, chaleur)	2
• Empâttement de l'espace sous-acromial	2
• Inflammation de la bourse séreuse parfois palpable à la face antérieure de l'épaule	2
• Fébricule possible	2
• Normalité du reste de l'examen clinique (état général conservé, pas d'adénopathies...)	NC

4) Quel est le principal diagnostic différentiel à envisager ? (10)

- Arthrite septique10

5) Interprétez la radiographie suivante (épaule gauche de face). (10)

- Calcification (opacité) sur le trajet du tendon du sus-épineux8
- Élargissement de l'espace acromioclaviculaire (inflammation)NC
- Confirme le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale : épaule aiguë hyperalgique (rhumatisme à hydroxyapatite)2

6) Quel est votre traitement ? (20)

- Traitement ambulatoire4
- Repos complet de l'épaule gauche (écharpe).....4
- Glace sur l'épaule et antalgiques per os/IM/IV selon le degré de douleur4
- AINS per os/IM/IV4
- Corticothérapie per os en cure courte à discuter (0,5 mg/kg/j).....2
- Rééducation ensuite : massages puis travail en décoaptation.....2
- Surveillance (oubli - _ p)NC

NB : Pas d'infiltration de corticoides en première intention, mais en cas de résistance.

NB : Autres thérapeutiques si résistance : trituration de la calcification avec ponction/lavage percutané, ablation de la calcification (arthroscopie, chirurgie).

DOSSIER N°41 : Arthralgies et oedèmes des membres inférieurs chez une femme de 26 ans

Mme B., 26 ans, est hospitalisée pour explorations d'arthralgies et d'oedèmes des membres inférieurs.

ATCD : syndrome de Raynaud, 2 fausses couches spontanées, pas de traitement au long cours en dehors d'une contraception oestroprogestative.

HDM

- depuis 2 ans, plusieurs poussées d'arthralgies touchant les coudes, poignets, mains, genoux et épaules, traitées par la malade par antalgiques.
- depuis un mois, apparition d'oedèmes des chevilles et des paupières.

Examen clinique

- T° = 37,1 °C. TA = 130/70. Poids = 65 kg pour 1,68 m prise de 3 kg en 1 mois).
- oedèmes déclives des membres inférieurs, blancs, mous, prenant le godet.
- éruption du visage érythémato-papuleuse nasomalaire et du décolleté.
- douleur et gonflement de l'articulation métacarpophalangienne du pouce droit.

Examens complémentaires

- Ionogramme sanguin normal, protéinémie = 46 g/l, albuminémie = 12 g/l, urée = 6 mmol/l, créatinine = 85 µmol/l.
- NFS : GB = 3 500 /mm³ avec 90 % de PNN.
- VS = 90 à la première heure.
- TP = 92 %, TCK = 45 pour un témoin à 32.
- protéinurie = 4 g/24 h. hématurie = 7 000/mn.

- 1) Quel syndrome néphrologique présente cette patiente ? Justifiez.
- 2) Quelle étiologie suspectez-vous chez cette patiente ? Justifiez.
- 3) Vous décidez de faire une ponction-biopsie rénale. Quels examens demandez-vous avant ce geste ?
- 4) La ponction-biopsie rénale retrouve des dépôts granuleux d'IgG et de complément le long des membranes basales glomérulaires sans prolifération cellulaire. Quel type d'atteinte histologique présente cette patiente ?
- 5) Quels sont les principes de votre traitement ?

DOSSIER N°41

1) Quel syndrome néphrologique présente cette patiente ? Justifiez (20)

• Syndrome néphrotique impur :	10
- syndrome néphrotique car :	2
- protéinurie > 3 g/24 h	2
- albuminémie < 30 g/l	2
- impur car :	2
- hématurie microscopique	2

2) Quelle étiologie suspectez-vous chez cette patiente ? Justifiez (20)

• Lupus érythémateux disséminé car :	4
• Terrain : femme jeune	1
• Evolution par poussées	1
• Atteinte cutanée :	2
- syndrome de Raynaud	1
- éruption en vespertilio	1
• Atteinte articulaire :	2
- polyarthralgies chroniques	1
- arthrite de la métacarpo-phalangienne du pouce droit	1
• Atteinte rénale :	2
- syndrome néphrotique impur	1
• Probable anticoagulant circulant : 2 antécédents de fausses couches spontanées et allongement isolé du TCK.	1
• Syndrome inflammatoire	1
• Leucopénie	1

3) Vous décidez de faire une ponction-biopsie rénale (PBR). Quels examens demandez-vous avant ce geste ? (20)

• Groupe Rhésus RAI	3
• Recherche de troubles de coagulation :	2
- plaquettes	2
- TP, TCK	2
- anticorps antiphospholipides	2
- temps de saignement	2
• Recherche d'une infection urinaire : ECBU	2
• Morphologie rénale : UIV	5

NB : L'anticoagulant circulant de type antiprothrombinase n'est pas une contre-indication à la PBR.

4) La ponction-biopsie rénale retrouve des dépôts granuleux d'IgG et de complément le long des membranes basales glomérulaires sans prolifération cellulaire. Quel type d'atteinte histologique présente cette patiente ? (10)

• Glomérulonéphrite extramembraneuse (GEM)	5
• Classe V de la classification de l'OMS.	5

5) Quels sont les principes de votre traitement ? (30)

• Pour l'atteinte rénale :	1
-traitement symptomatique des oedèmes :	2
. repos au lit.....	1
. régime sans sel	2
. diurétiques	2
. pas de corticothérapie en bolus car absence de prolifération cellulaire.....	2
. anticoagulation au long cours par antivitamine K car hypo-albuminémie majeure (< 20 g/l) et risque particulièrement élevé de thromboses dans la GEM.....	4
• Pour l'atteinte articulaire :	2
-hydroxychloroquine Plaquenil®.....	2
• Arrêt des oestropbgestatifs et remplacement par microprogestatifs	2
• Surveillance (oubli -- 0) :	2
-efficacité et tolérance des traitements : TP, INR, examen ophtalmologique.....	2
- activité de la maladie lupique :	2
-clinique :poids, T°, tension artérielle, bandelette urinaire.....	2
- NFS, VS, CRP, complément, fonction rénale, ionogramme sanguin, albuminémie, urée, créatinine	2

DOSSIER N°42 : M. B., 21 ans, originaire du Maroc, consulte en urgence pour douleurs abdominales aiguës fébriles

M. B, 21 ans, originaire du Maroc, consulte en urgence pour douleurs abdominales aiguës fébriles.

Il a comme antécédents une appendicectomie à 14 ans (l'appendice était normal), avec de nombreuses crises douloureuses abdominales et thoraciques fébriles depuis l'intervention. Il a aussi été opéré des amygdales pour des angines à répétition. L'étude des antécédents familiaux ne retrouve aucune pathologie étiquetée, mais plusieurs garçons de sa famille (dont 2 frères) se plaignent souvent de douleurs abdominales intenses "quand ils frissonnent".

Les douleurs abdominales ont débuté brutalement il y a 12 heures, sont diffuses et importantes, obligeant à garder la position allongée, et s'accompagnent de vomissements. La palpation abdominale est douloureuse dans son ensemble, mais ne retrouve pas de défense. Le transit abdominal est normal. Les bruits hydroaériques sont perçus. Le toucher rectal retrouve des matières dans l'ampoule rectale.

La température est à 38,5°C, le pouls à 85/mn, la tension artérielle à 120/70 mmHg. Le reste de l'examen clinique est normal, en particulier thoracique, locomoteur et neurologique. M.B., juif séfarade, rapporte ses troubles abdominaux au changement d'alimentation actuel dû aux fêtes de Pâques (il ne mange plus de pain ou de pâte levée depuis quatre jours).

L'ASP est normal.

- 1) Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?
- 2) Sur quels arguments ?
- 3) Quelles sont les autres manifestations cliniques possibles de cette pathologie ?
- 4) Quels diagnostics différentiels pouvez-vous évoquer devant une histoire familiale de douleurs abdominales récurrentes ?
- 5) Quels signes biologiques pouvez-vous retrouver dans le cadre de cette pathologie ?
- 6) Quel est le principal élément du pronostic de cette pathologie ? Comment affirmer sa présence ?
- 7) Quels principes de traitement proposez-vous ?

DOSSIER N°42

1) Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? (10)

- Maladie périodique (héréditaire autosomique récessive, chromosome 16)10

2) Sur quels arguments ? (15)

- Ethnie (juif séfarade).....2
- Sexe masculin.....2
- Douleurs abdominales diffuses2
- Crises douloureuses répétées1
- Antécédents douloureux familiaux2
- Associées à des crises douloureuses thoraciques2
- Appendicectomie à appendice sain (tableau pseudochirurgical)2
- Douleur aiguë.....NC
- Vomissements1
- Accès fébriles1
- ASP normal.....NC

3) (quelles sont les autres manifestations cliniques possibles de cette pathologie ? (15)

- Douleurs articulaires aiguës (arthrites, arthralgies) : 85 %5
- Rares arthrites chroniques (< 5 %)1
- Myalgies fébriles : 30 %.....2
- Douleurs thoraciques pleurales (épanchement) : 40 %2
- Douleurs thoraciques péricardiques (épanchement) : 40 %.....2
- Atteinte cutanée (placards inflammatoires douloureux face antérieure jambe, dos du pied) : 30 %3
- Rares : méningite lymphocytaire, rétinite, uvéite antérieure, épisclérite, orchite, thyroïdite, hématurie, hépatomégalie, splénomégalie.....NC

4) Quels diagnostics différentiels pouvez-vous évoquer devant une histoire familiale de douleurs abdominales récurrentes ? (15)

- Ulcère gastroduodénal (oubli = 0)6
- CEdème angioneurotique héréditaire3
- Porphyrie aiguë intermittente3
- Drépanocytose3
- Syndrome de Muckle et Wells (avec surdité de perception et atteinte rénale et articulaire)NC

5) Quels signes biologiques pouvez-vous retrouver dans le cadre de cette pathologie ? (15)

- VS élevée.....3
- FiYperalpha2globulinémie3
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.....3
- CH50 élevé.....3
- C4 élevé1
- C3 élevé1
- Cryofibrinogène plasmatique : positifNC
- Acides biliaires sériques élevés (dont chénodésoxycholique)1

6) Quel est le principal élément du pronostic de cette pathologie ? Comment affirmer sa présence ? (15)

- Amylose secondaire de type AA.....6
- Rénale en particulier.....3
- Recherchée par
- Biopsie de sous-muqueuse rectale (75 %)3
- Biopsie rénale (80 %).....3

7) Quels principes de traitement proposez-vous ? (15)

- Symptomatique :1
- antalgiques non morphiniques (ex : paracétamol Prodafalgan® |V).....3
- antispasmodiques (ex : Spasfon® |V)2
- anti-inflammatoires hors contre-indications (oubli = 0) (ex : AINS, aspirine, corticoïdes)2
- Étiologique :1
- colchicine per os (oubli = 0)3
- à vie1
- traitement de la famille après examen1
- surveillance (oubli = 0).....1

DOSSIER N°43 : Douleurs du poignet chez un menuisier

M. P., 62 ans, menuisier, alcoolotabagique, consulte pour des douleurs des poignets et des doigts avec gonflement des mains depuis une semaine.

ATCD

- Ulcère duodénal en 1993.
- Hypertension artérielle traitée par Rénitec~.
- Bronchite chronique tabagique.

Examen clinique

- Apyrexie, poids = 62 kg pour 1,70 m (perte de 3 kg en 1 mois), TA = 13/7 cmHg.
- Mains tuméfiées, chaudes, avec douleurs diffuses à la palpation et hippocratisme digital.
- Auscultation pulmonaire : râles bronchiques diffus.

Examens complémentaires

- NFS normale, VS = 60 à la première heure.

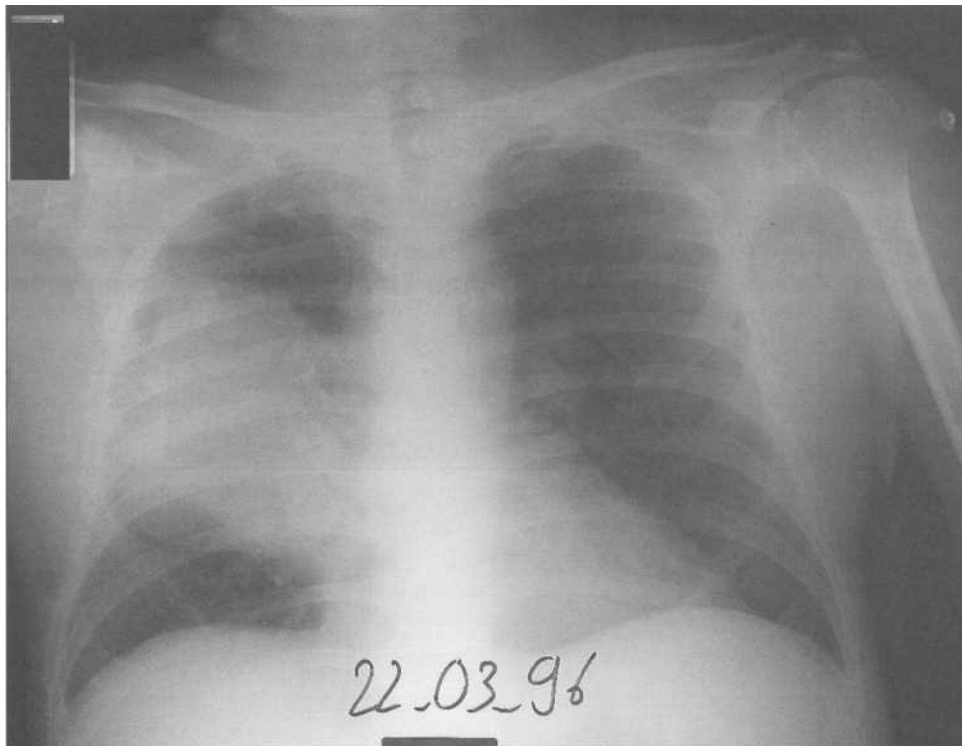
1) Les radiographies des mains montrent des appositions périostées des dyaphyses des métacarpiens, du radius et du cubitus ; les articulations sont normales. La radiographie de thorax est soumise à votre interprétation.

2) Quel diagnostic évoquez-vous ?

3) Justifiez.

4) Quels examens complémentaires demandez-vous ?

5) L'apparition dans ce contexte d'une faiblesse du membre supérieur droit avec exagération des réflexes ostéotendineux de ce membre vous évoquerait quel diagnostic en première intention ?



Radiographie de thorax.

DOSSIER N°43

1) Les radiographies des mains montrent des appositions périostées des dyaphyses des métacarpiens, du radius et du cubitus ;les articulations sont normales. La radiographie de thorax est soumise à votre interprétation. (20)

- Radiographie pulmonaire
- opacité homogène du poumon droit5
- régulière arrondie5
- non systématisée5
- évoquant un cancer broncho-pulmonaire5

2) quel diagnostic évoquez-vous ? (20)

- Cancer bronchopulmonaire10
- Avec ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie et Foix10

3) Justifiez. (20)

- Cancer bronchopulmonaire
- terrain : homme de 62 ans, fumeur2
- altération de l'état général2
- opacité du poumon droit4
- syndrome inflammatoire2
- Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique
- hippocratisme digital2
- périostose engainante4
- oedème des doigts et des mains4

4) Quels examens complémentaires demandez-vous ? (20)

- Fibroscopie bronchique avec biopsies.....4
- Scanner thoracique avec coupes sur les surrénales.....4
- Bilan hépatique4
- Échographie hépatique4
- Bilan phosphocalcique4

5) L'apparition dans ce contexte d'une faiblesse du membre supérieur droit avec exagération des réflexes ostéotendineux de ce membre vous évoquerait quel diagnostic en première intention ? (20)

- Métastase cérébrale15
- De l'hémisphère gauche5

NB : Rien à voir avec le syndrome de Pancoast-Tobias.

DOSSIER N°44 : Une polyarthrite rhumatoïde invalidante

Mme Y., 62 ans, est atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive diagnostiquée il y a huit ans.

Elle présente une gêne fonctionnelle majeure aux mains, les seuls mouvements possibles sont les mouvements grossiers (alimentation à la cuillère, toilette personnelle). Elle a d'abord été traitée par antalgiques et AINS à la demande, avec une kinésithérapie régulière. Ensuite un traitement de fond par sels d'or a été instauré pendant deux ans. Elle est actuellement traitée par D pénicillamine Trolovol® depuis un an. Elle consulte pour un renouvellement d'ordonnances.

- 1) Vous réalisez un examen clinique complet à la recherche de complications extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde . Quelles sont les principales ?
- 2) Vous ne découvrez pas de nouvelle complication chez Mme Y. La radiographie actuelle des mains et poignets est soumise à votre interprétation.
- 3) Les sels d'or ont été arrêtés pour une question de tolérance. Quelles sont les principales raisons d'arrêt de ces médicaments ?
- 4) Quels sont les principaux effets secondaires du Trolovol?
- 5) Aucun examen paraclinique de surveillance du Trolovol® n'a jamais été pratiqué chez Mme Y. Quels examens paracliniques de surveillance prescrivez-vous ?
- 6) S'il existait une contre-indication absolue à la poursuite du traitement par Trolovol®, quels autres traitements de fond pourriez-vous discuter ?



DOSSIER N°44

1) Vous réalisez un examen clinique complet à la recherche de complications extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde. Quelles sont les principales ? (20)

• Générales : fébricule, amaigrissement, asthénie, anorexie	3
• Tendons : ténosynovites	2
• Nodules rhumatoïdes sous-cutanés (coudes surtout).....	1
• Pleuropulmonaires : fibrose interstitielle diffuse, pleurésie	2
• Cardiologiques : insuffisance cardiaque (amylose), péricardite, valvulopathies spécifiques.....	3
• Vasculaires : vascularite rhumatoïde (ulcères des membres inférieurs, AVC, IDM...)	1
• Neurologiques : multinévrites, polynévrites (sensitives distales), compression médullaire par luxation atloïdo-axoïdienne	3
• Hématologiques : adénopathies, anémie	2
• Rénales : amylose rénale (syndrome néphrotique), bandelette urinaire.....	2
• Ophtalmologiques : sclérite, iridocyclite, scléromalacie perforante	1

2) Vous ne découvrez pas de nouvelle complication chez Mme Y. La radiographie actuelle des mains et poignets est soumise à votre interprétation. (23)

• Déformations caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde	4
• Coup de vent cubital.....	4
• Luxations multiples des articulations métacarpophalangiennes	4
• Arthrite destructrice majeure du carpe (carpite fusionnante)	4
• Déminéralisation épiphysaire en bande.....	3
• Géodes osseuses épiphysaires (base du premier métacarpien droit)	4

3) Les sels d'or ont été arrêtés pour une question de tolérance. Quelles sont les principales raisons d'arrêt de ces médicaments ? (12)

• Cutanées : prurit, érythèmes, parakératoses, lichen plan, érythrodermies, syndrome de Lyell	4
• Digestives : stomatite, entérocolite, vomissements, diarrhée sévère.....	4
• Rénales : protéinurie, syndrome néphrotique, insuffisance rénale aiguë.....	2
• Hématologiques : cytopénies, éosinophilie avec dermatose prurigineuse.....	2

4) Quels sont les principaux effets secondaires du Trolovol® ? (15)

• Cutanées : prurit, érythèmes, stomatites, toxidermies.....	3
• Hématologiques : éosinophilie, neutropénie, thrombopénie, anémie hémolytique auto-immune, aplasie.....	5
• Rénaux : protéinurie, syndrome néphrotique	2
• Agueusie, dysgueusie	1
• Digestifs : nausées, vomissements.....	2
• Immunologiques : lupus induits, pemphigus	2
• Plus rares : fièvre, alopecie, hépatite cholestatique, hirsutisme, bronchiolite oblitérante, myasthénie, thyroïdite, dermatomyosite.	

5) Aucun examen paraclinique de surveillance du Trolovol® n'a jamais été pratiqué chez Mme Y. Quels examens paracliniques de surveillance prescrivez-vous ? (10)

• NFS.....	4
• Protéinurie et hématurie (bandelette en première intention) (oubli = 0)	4
• Recherche de FAN (facteurs antinucléaires).....	2
• Examens aberrants : 0.	

6) **S'il existait une contre-indication absolue à la poursuite du traitement par Trolovol®, quels autres traitements de fond pourriez-vous discuter ? (20)**

- Corticothérapie per os à la dose minimale efficace avec les précautions habituelles.....4
- Sulfasalazine Salazopyrine® (probablement inefficace à ce stade)2
- Antipaludéens de synthèse (probablement inefficaces à ce stade)2
- Autres sulfhydrylés, ex : tiopronine Acadione~, pyritinol Encéphalbol®.....2
- Méthotrexate10
- Autres immunosupresseurs (exceptionnellement utilisés) : azathioprine, ciclosporine, cyclophosphamideNC

97 - NORD - DOSSIER N°1

Un homme de 64 ans consulte pour des douleurs de la charnière dorso-lombaire apparues depuis 3 mois, progressivement croissantes et nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques.

L'examen clinique objective une altération modérée de l'état général et une douleur à la percussion des épineuses de D7, D9 et D12.

L'hémogramme révèle une anémie de 8,7 g/dl et le laboratoire signale la présence de rouleaux érythrocytaires. La VS est à 90 mm à la première heure.

Le ionogramme montre une hyperprotidémie à 92 g/dl et une hypercalcémie à 3,6 mmol/l (144 mg/l). La fonction rénale est normale.

Vous évoquez un myélome multiple.

- 1) Quel traitement de l'hypercalcémie proposez-vous ?
- 2) Quelles images attendez-vous à la lecture des radios du rachis dorso-lombaire ?
- 3) Un myélogramme est réalisé. Quel résultat en attendez-vous ?
- 4) Quels) autres) examens) complémentaires) importants) manquent) dans le bilan de ce patient ?
- 5) Quel est, sur les seuls éléments présents dans l'énoncé, le stade pronostique de ce patient selon la classification de Durie et Salmon ?

97 - NORD - DOSSIER N°1**1) Quel traitement de l'hypercalcémie proposez-vous ? (25)**

- Hospitalisation en urgence en unité de soins intensifs (pronostic vital engagé)NC
- Pose d'une voie d'abord veineuse de bon calibre.....NC
- Pose d'une sonde urinaire pour surveillance de la diurèse.....NC
- Monitoring cardio-tensionnelNC
- Réalisation d'un électrocardiogramme (oubli = 0)2
- Arrêt de tous les apports calciques et médicaments hypercalcémiantes (diurétiques thiazidiques)NC
- Arrêt éventuel des digitaliques et médicaments hypokaliémiantesNC
- Réhydratation parentérale intraveineuse avec apport sodé suffisant.....2
- Correction d'une éventuelle hypokaliémie associée1
- Diurèse forcée au Lasilix~ car hypercalcémie majeure : furosémide (Lasilix®) 100 mg/2 heures en IV, sous surveillance clinique et biologique rapprochée, avec compensation des pertes liquidiennes volume à volume par du sérum salé physiologique NaCl 9 %.....4
- Calcitonine (effet hypocalcémiant rapide) : Cibacalcine® IV 4 UI/kg/jour en 4 injections4
- Diphosphonate (effet hypocalcémiant retardé mais prolongé) : pamidronate (Arédia~) 300 mg/jour IV. 4
- Traitement étiologique : mise en route rapide après certitude diagnostique d'une polychimiothérapie cytotoxique en cures séquentielles1
- Antalgique adapté au niveau de la douleur.....1
- Traitement préventif : anticoagulation préventive, soins de nursing.....NC
- Surveillance clinique : pouls, TA, température, conscience, diurèse horaire, douleur, examen neurologique, palpation des mollets, état d'hydratation.....3
- Surveillance paraclinique : calcémie 2 fois/jour, ionogrammes sanguins, urée, créatinine, ECG, radio de thorax3

2) Quelles images attendez-vous à la lecture des radios du rachis dorso-lombaire ? (20)

- Lésions ostéolytiques focales (3) multiples (2) à type de géodes à l'emporte-pièce (3) sous la forme d'une lacune osseuse arrondie ou ovalaire à limites nettes sans condensation périphérique (2) à contenu clair et homogène, pouvant toucher tous les os et notamment les vertèbres dont la percussion des épineuses est douloureuse chez ce patient, atteignant préférentiellement l'arc antérieur et respectant les pédicules10
- Ces lésions ostéolytiques focales peuvent donner l'aspect
 - d'une vertèbre borgne (lyse d'un pédicule) (2), de tassement vertébral unique ou multiple avec possible recul du mur postérieur et respect du disque intervertébral (2), d'une lyse d'une apophyse transverse (1), d'un effacement des contours vertébraux (1), d'une fracture vertébrale pathologique (1)7
- Lésions ostéolytiques diffuses à type d'hypertransparence osseuse diffuse (myélomatose décalcifiante diffuse)2
- Les lésions ostéocondensantes sont possibles mais très rares1

3) Un myélogramme est réalisé. Quel résultat en attendez-vous ? (15)

- Le myélogramme permet d'affirmer avec certitude le diagnostic s'il retrouve :.....2
 - une moelle riche2
 - une infiltration plasmocytaire anormale quantitativement (plasmocytose médullaire supérieure à 15 %)7
 - et/ou qualitativement (dystrophie plasmocytaire avec asynchronisme de maturation nucléocytoplasmique, taux élevé de plasmoblastes, corps de Russel intracytoplasmiques)2
- Normal, il n'élimine pas le diagnostic car la plasmocytose peut être focale : une biopsie ostéomédullaire doit alors être envisagée2

4) Quels) autres) examens) complémentaires) importants) manquent) dans le bilan de ce patient ? (20)

- Radiographies osseuses squelette entier.....4
- IRM dorso-lombaire : recherche d'une compression médullaire.....2
- Mise en évidence d'une dysglobulinémie
- sanguine : électrophorèse des protéides sériques (pic monoclonal, hypogammaglobulinémie)3
- immunoélectrophorèse des protéides sériques (confirmation du caractère monoclonal de l'hyperglobulinémie, détermination de l'isotype de la chaîne lourde et légère) (2), dosage pondéral des immunoglobulines (importance de l'hypogammaglobulinémie).....2
- urinaire : électrophorèse des protéides urinaires sur urines concentrées à la recherche d'une protéinurie de Bence Jones (composant monoclonal) (2), immunoélectrophorèse urinaire (1), protéinurie des 24 heures (2).....5
- Dosage de la CRP (2) et de la bêta-2 microglobulinémie à visée pronostique (2)4
- Bilan préchimiothérapie : groupe sanguin rhésus (2 déterminations) RAI - sérologie VIH 1 et 2 avec accord du patient, hépatites B et C, hémostase (TP, TCK) - évaluation de la fonction cardiaque (radio de thorax, ECG, échocardiographie transthoracique)NC

5) Quel est, sur les seuls éléments présents dans l'énoncé, le stade pronostique de ce patient selon la classification de Durie et Salmon ? (20)

- Stade III A car :14
- calcémie supérieure à 3 mmol/l3
- fonction rénale normale.....3

96 - SUD - DOSSIER N°2

Un patient de 22 ans, haltérophile, a ressenti pendant une séance d'entraînement une douleur très intense, d'apparition brutale et persistante de la jambe droite.

À l'interrogatoire, il n'existe pas de tabagisme et aucun antécédent médico-chirurgical. À l'examen, le mollet est souple, la jambe et le pied droit sont froids, et il n'existe pas d'anomalie sensitive ou motrice. Les pouls périphériques sont tous perçus sauf les pouls poplités, tibial postérieur et pédieux droits.

La pression artérielle est à 120/70 mmHg, la fréquence cardiaque à 56/mn au repos. Le reste de l'examen clinique est normal. L'électrocardiogramme est normal.

Une échocardiographie et une échographie abdominale sont réalisées en urgence, elles sont normales et permettent d'éliminer une affection cardiaque ou de l'aorte abdominale.

Le thorax de face est sans anomalie. Les valeurs de l'hémogramme et du ionogramme sanguin sont normales.

- 1) Quel diagnostic doit être évoqué devant le tableau clinique que présente ce jeune patient ?
- 2) Que doit rechercher l'examen clinique du creux poplité droit ?
- 3) L'examen clinique du creux poplité droit est normal, mais le scanner retrouve une anomalie de l'insertion supérieure du muscle jumeau interne droit. Quel syndrome présente ce patient ?
- 4) Quels symptômes auraient pu éveiller l'attention de l'athlète avant cette complication aiguë ?
- 5) Comment recherchez-vous une anomalie contralatérale et quel examen complémentaire demandez-vous ?

96 - SUD - DOSSIER N°2

1) Quel diagnostic doit être évoqué devant le tableau clinique que présente ce jeune patient ? (20)

- Ischémie aiguë du membre inférieur droit.....10
- De siège poplité (jambe et pied atteints).....10

2) Que doit rechercher l'examen clinique du creux poplité droit ? (20)

- Présence d'un pouls poplité droit (palpation et auscultation) (4), recherche de souffle systolique poplité (4) 8
- Recherche de compression extrinsèque de l'artère poplitée droite
 - anévrisme de l'artère poplitée (masse battante expansive, plus ou moins soufflante).....4
 - hématome compressif du creux poplité2
 - signes de phlébite poplitée (douleur et rougeur poplitée, augmentation de chaleur locale)2
 - tumeur osseuse (bénigne ou maligne)2
 - tumeur des parties molles (bénigne ou maligne) dont les kystes synoviaux poplités2

NB : Le kyste poplité de Baker se voit dans la polyarthrite rhumatoïde.

3) L'examen clinique du creux poplité droit est normal, mais le scanner retrouve une anomalie de l'insertion supérieure du muscle jumeau interne droit. Quel syndrome présente ce patient ? (20)

- Syndrome de l'artère poplitée piégée droite.....20

4) Quels symptômes auraient pu éveiller l'attention de l'athlète avant cette complication aiguë ? (20)

- La symptomatologie aurait pu être droite, gauche ou bilatérale.
- Ischémie d'effort du mollet (3) : pâleur (2), froideur (2), paresthésies positionnelles (2), douleurs (2), crampes douloureuses (1), claudication intermittente à l'effort (3)15
- CEdème du membre inférieur (3), varices (NC), phlébite surale (2)5

5) Comment recherchez-vous une anomalie controlatérale et quel examen complémentaire demandez-vous ? (20)

- Cliniquement
 - palpation du creux poplité (1) et recherche de symptômes douloureux à l'effort (1), recherche de souffle systolique poplité (1).....3
 - palpation des pouls distaux du membre inférieur gauche en hyperextension du genou7
 - examen complémentaire : artériographie des membres inférieurs multi-incidences et avec diverses positions du membre inférieur gauche (compression extrinsèque/déformation de l'artère poplitée)10

NB : L'échographie doppler peut donner des arguments positifs pour ce diagnostic, mais l'artériographie reste l'examen de référence.

96 - SUD - DOSSIER N°3

Un patient âgé de 63 ans présente depuis plusieurs mois une détérioration de l'état général avec nausées fréquentes. Il se plaint également de douleurs osseuses principalement rachidiennes. Il ne prend aucun traitement particulier. Sa tension artérielle est à 140/80 mmHg. Le patient est légèrement déshydraté.

Dans ce contexte, un bilan biologique est réalisé

- NFS : globules rouges 2,3 millions/mm³ ;
- Hb : 8,2 g/dl ;
- globules blancs : 9500 mm³ ;
- plaquettes sanguines : 180 000/mm³ ;
- ionogramme sanguin
 - . kaliémie : 4,7 mEq/l,
 - . natrémie : 142 mEq/l,
 - . créatininémie : 486Nmol/l,
 - . urée sanguine : 23,6 mmol/l,
 - . protidémie : 80 g/l,
 - . albuminémie : 42 g/l,
 - . calcémie : 2,52 mmol/l,
 - . phosphorémie : 1,78 mmol/l.

Dans les urines : protéinurie des 24 heures : 1,4 g/24 h.

Radiographie de thorax : normale.

- 1) Que pensez-vous de la calcémie ?
- 2) Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 3) Quels sont les examens à demander pour confirmer votre diagnostic ?
- 4) Quels sont les différents mécanismes possibles de l'atteinte rénale ?
- 5) Quelles sont les mesures thérapeutiques à prendre dans l'immédiat ?

96 - SUD - DOSSIER N°3

1) Que pensez-vous de la calcémie ? (20)

- Probable hypercalcémie masquée car :4
- calcémie normale4
- sans hyperprotidémie4
- avec insuffisance rénale chronique (hyperphosphorémie) qui abaisse la calcémie.....4
- avec des signes et un contexte d'hypercalcémie (myélome osseux, déshydratation, nausées).....4

2) Quel diagnostic évoquez-vous ? (10)

- Myélome multiple des os avec localisations rachidiennes compliqué de :6
- anémie.....2
- insuffisance rénale chronique.....2

3) quels sont les examens à demander pour confirmer votre diagnostic ? (20)

- Biologie
 - électrophorèse et immuno-électrophorèse des protéines sériques et urinaires avec dosage pondéral...4
 - recherche d'une protéinurie de Bence Jones.....2
 - bêta-2 microglobuline3
 - vitesse de sédimentation1
 - myélogramme.....4
 - discuter la biopsie médullaire (envahissement osseux).....1
 - refaire un bilan phosphocalcique complet.....1
- Imagerie
 - radiographies standards du squelette entier (au minimum crâne, bassin, rachis, humérus et fémur)4

4) Quels sont les différents mécanismes possibles de l'atteinte rénale ? (25)

- Insuffisance rénale fonctionnelle (hémococoncentration, déshydratation)7
- Syndrome de Randall (glomérulopathie)4
- Amylose rénale4
- Néphropathie tubulo-interstitielle (précipitation de protéines de Bence Jones)4
- Infiltration plasmocytaire rénale (rare).....2
- Lithiases rénales par hyperuricémie2
- Néphrocalcinose2

5) Quelles sont les mesures thérapeutiques à prendre dans l'immédiat ? (25)

- Hospitalisation. Repos au lit.....1
- Correction de la déshydratation : par voie mixte : orale et intraveineuse, solutés isotoniques.....10
- Traitement de la douleur : antalgiques adaptés en commençant par la classe I (ex. : paracétamol) jusqu'aux morphiniques si besoin.....4
- Traitement de l'insuffisance rénale : lutte contre l'hyperkaliémie si besoin, régime hypoprotidique adapté et réhydratation, éviction des traitements néphrotoxiques, dialyse si besoin par la suite4
- Traitement de l'anémie : transfusions de concentrés globulaires si mauvaise tolérance2
- Discuter l'anticoagulation préventive.....2
- Surveillance2

96 - SUD - DOSSIER N°4

Une femme de 68 ans est traitée depuis 24 mois pour une artérite temporale de Horton. Elle est actuellement sous 5 mg par jour de prednisone, elle est asymptomatique, la VS est de 15 mm à la 1^{re} heure. À la corticothérapie est associée de la vitamine D et du calcium:

- 1) Quelle est votre stratégie pour le mois qui vient ?
- 2) Avant que votre stratégie ait pu être appliquée, votre patiente présente une grippe typique en début février. Quelle est votre attitude thérapeutique vis-à-vis de la corticothérapie ?
- 3) La patiente accuse une douleur mécanique de la hanche gauche sans anomalie radiologique. Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus vraisemblable ? Comment la confirmez-vous ?
- 4) À l'arrêt de la corticothérapie, la patiente accuse une asthénie marquée. Indiquez brièvement vos hypothèses diagnostiques.
- 5) À cette phase du traitement, quelle attitude adoptez-vous pour la vitamine D et le calcium ?

96 - SUD - DOSSIER N°4

1) Quelle est votre stratégie pour le mois qui vient ? (20)

- Posologie de 5 mg, donc il s'agit d'un sevrage.....5
- Remplacement par 20 mg d'hydrocortisone en une prise le matin5
- Arrêt de l'hydrocortisone par la suite dépendant des tests d'évaluation, de l'axe corticotrope au bout de 2 à 3 semaines (test de stimulation de la cortisolémie au Synacthène®)5
- Surveillance dont vitesse de sédimentation5

2) Avant que votre stratégie ait pu être appliquée, votre patiente présente une grippe typique en début février. Quelle est votre attitude thérapeutique vis-à-vis de la corticothérapie ? (20)

- Il s'agit d'une agression infectieuse : état de stress5
- Ne pas arrêter la corticothérapie (risque d'insuffisance surrénale aiguë).....5
- Augmenter transitoirement la corticothérapie5
- Surveillance avec hospitalisation au moindre doute5

3) La patiente accuse une douleur mécanique de la hanche gauche sans anomalie radiologique. Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus vraisemblable ? Comment la confirmez-vous ? (20)

- Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale gauche10
- IRM : le meilleur examen : hyposignal en T1 en carte de géographie, et oedème circonscrit de la tête fémorale (hyposignal en T1, hypersignal en T2).....5
- Scintigraphie osseuse : hypofixation de la tête fémorale à la phase de début, puis hyperfixation.....5

4) À l'arrêt de la corticothérapie, la patiente accuse une asthénie marquée. Indiquez brièvement vos hypothèses diagnostiques. (20)

- Insuffisance surrénale chronique.....4
- Reprise évolutive de la maladie de Horton (oubli = 0).....4
- Tuberculose (oubli = 0)4
- Syndrome dépressif.....4
- Néoplasie, dysglobulinémie4

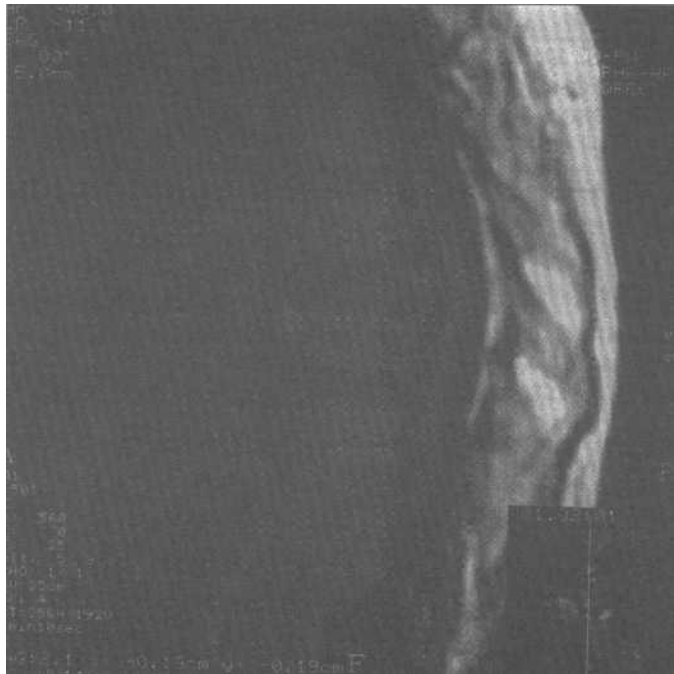
5) À cette phase du traitement, quelle attitude adoptez-vous pour la vitamine D et le calcium ? (20)

- Arrêter la vitamine D et le calcium à l'arrêt de la corticothérapie.....20

95 - SUD - DOSSIER N°5

Un homme de 70 ans présente depuis 2 mois une asthénie physique, un amaigrissement de 3 kg et des douleurs dorso-lombaires et costales diurnes et nocturnes. L'examen clinique retrouve des douleurs provoquées à la palpation du grill costal, une TA à 135/80 mmHg, un rythme cardiaque régulier à 95/mn, l'absence d'adénopathies et d'hépatosplénomégalie.

- 1) Quelles hypothèses diagnostiques doivent être envisagées ?
- 2) Quelles sont les premières investigations complémentaires que vous réalisez (en indiquant l'ordre dans lequel vous procédez) ?
- 3) Il existe une hypogammaglobulinémie. Quelles sont les investigations complémentaires utiles au diagnostic ? Au pronostic ?
- 4) La calcémie est à 3,2 mmol/l. Quelle est l'implication thérapeutique de cette donnée ?
- 5) Un traitement à base de melphalan est mis en oeuvre. Quels sont les risques de ce traitement à court et à long terme ?
- 6) Après 3 mois de traitement, les douleurs dorsales augmentent et s'accompagnent d'une difficulté à la marche. Quelle complication suspectez-vous ? Quel syndrome clinique recherchez-vous en traduction de cette complication ?
- 7) Comment interprétez-vous l'IRM (voir cliché ci-contre) qui est immédiatement réalisée ? Qu'apporte-t-elle au diagnostic de cette complication ?



95 - SUD - DOSSIER N°5

1) Quelles hypothèses diagnostiques doivent être envisagées ? (15)

- Myélome multiple des os (maladie de Kahler).....5
- Métastases osseuses d'un cancer solide (prostate > poumon, rein, thyroïde), ou d'une autre hémopathie maligne (leucémie aiguë surtout)4
- Moins probables
 - infections osseuses subaiguës (ostéite, spondylodiscite) = brucellose, tuberculose3
 - maladie inflammatoire type pseudopolyarthrite rhizomélisque.....3

Remarque : Savoir se retenir de dérouler une longue liste d'étiologies (toutes plus improbables les unes que les autres), devant un tableau aussi évident de pathologie tumorale maligne.

2) (quelles sont les premières investigations complémentaires que vous réalisez (en indiquant l'ordre dans lequel vous procédez) ? (19)

- Urgences métaboliques
 - calcémie, ionogramme (sanguin et urinaire), urée, créatininémie.....2
 - hémogramme, TP, CPK2
 - ECG.....2
- Orientation diagnostique :.....2
 - VS, CRP, protidémie, électrophorèse des protéines (sanguines et urinaires)2
 - protéinurie (échantillon puis sur 24 h), dosage pondéral des Ig sanguines.....2
 - radiographies : grill costal droit et gauche, thorax face/profil, rachis complet face/profil, bassin de face, crâne face/profil, fémur et humérus droit et gauche de face2
- Si négativité
 - échographie prostatique transpériéale voire endorectale.....2
 - échographie rénale, thyroïdienne.....NC
 - hémocultures si fièvre, IDR tuberculine, recherche de BK dans les crachats, les urines, sérodiagnostic de Wright.....2
- Ordre correct = 3 pts. Ordre "délirant" = 0 à la question.....3

3) Il existe une hypogammaglobulinémie. Quelles sont les investigations complémentaires utiles au diagnostic ? Au pronostic ? (18)

- Utiles au diagnostic (suspicion = myélome non-sécrétant ou à chaînes légères)
 - biopsie médullaire (myélogramme en urgence) :2
 - plasmocytose médullaire > 15 % ; plasmocytes anormaux ;infiltration plasmocytaire nodulaire.....2
 - immunomarquage : confirme la monoclonalité plasmocytaire.....2
 - immuno-électrophorèse des protéines urinaires = recherche de chaînes légères monoclonales (Bence-Jones)2
- Pronostic (score de Durie-Salmon)
 - radiographies du squelette entier (mini = crâne, bassin, fémur, humérus, rachis)2
 - électrophorèse des protéines urinaires avec quantification du pic (sur 24 heures).....2
 - calcémie ; hémogramme (hémoglobine)2
 - autres critères pronostiques
 - fonction rénale.....2
 - bêta-2 microglobulinémie, CRP, LDH, uricémie.....2

Remarque : On suppose que le rédacteur n'a pas "oublié" de signaler un pic étroit dans les gammaglobulines et qu'il nous oriente donc vers les "myélomes sans pic" (à chaînes légères ou non-sécrétants).

4) La calcémie est à 3,2 mmol/l. Quelle est l'implication thérapeutique de cette donnée ? (15)

- Urgence métabolique à traiter immédiatement
 - hospitaliser en réanimation, voie d'abord veineuse, monitoring cardiaque1
 - diète calcique, repos strict au lit.....1
 - Réhydrater : G5 % + 3 g/l de NaCl + 0 à 2 g/l de KCl selon ionogrammes2
 - calcitonine : 6 unités/kg/24 h, intramusculaire ou sous-cutané.....2
 - biphosphonates IV : Didronel~ (étidronate) = 5 mg/kg/24 h3
- Traitement étiologique
 - chimiothérapie du myélome = selon l'âge et l'état général, en première intention : protocole type Alexanian (melphalan-prednisone).....1
- Surveillance : (oubli = 0)
 - pouls, tension, scope cardiaque, conscience, diurèse, auscultation cardiopulmonaire, état cutané, signes de déshydratation, douleurs abdominales, constipation, signes neuropsychiques.....3
 - calcémie, calciurie, ionogrammes sanguin et urinaire, urée-créatinine sanguin et urinaire.....1
 - chimiothérapie (tolérance : hémogramme++, efficacité)1

5) Un traitement à base de melphalan est mis en œuvre. Quels sont les risques de ce traitement à court et à long terme ? (8)

- À court terme
 - alopecie réversible.....1
 - digestif : nausées, vomissements, stomatites, diarrhée1
 - hématologiques : cytopénies, aplasie, anémies hémolytiques (exceptionnelles).....1
 - génitaux : azoospermie sécrétoire1
 - cutanés : prurit, éruptions.....1
- À long terme
 - oncogènes : cancers induits solides, hémopathies malignes (leucémogène : leucémies aiguës myéloblastiques)1
 - génitaux : azoospermie sécrétoire définitive.....1
 - exceptionnelle : fibrose pulmonaire (à fortes doses).....1

6) Après 3 mois de traitement, les douleurs dorsales augmentent et s'accompagnent d'une difficulté à la marche. (quelle complication suspectez-vous ? Quel syndrome clinique recherchez-vous en traduction de cette complication ? (10)

- Complication : tassement vertébral responsable d'une compression médullaire dorsale6
- On recherchera : un syndrome de compression médullaire
 - syndrome lésionnel
 - . radiculalgies.....4
 - . associées quelquefois à une hypoesthésie en bandeNC
 - syndrome sous-lésionnel
 - . syndrome pyramidal des membres inférieurs et paraplégie.....NC
 - . anesthésie des membres inférieurs et du tronc remontant jusqu'au niveau lésionnel, éventuels troubles sphinctériens.....NC
 - syndrome rachidien : raideur segmentaire du rachis, déformation douloureuse, douleur provoquée à la pression des épines.....NC
 - absence de syndrome sus-lésionnel.....NC

95 - SUD - DOSSIER N°5

7) Comment interprétez-vous l'IRM (voir cliché ci-contre) qui est immédiatement réalisée ?
qu'apporte-t-elle au diagnostic de cette complication ? (15)

- Image du tassement vertébral pathologique
 - effondrement et recul du mur postérieur3
 - lyse totale de la partie antérieure du corps vertébral.....3
 - cyphose locale3
- Retentissement médullaire
 - rétrécissement du calibre du canal médullaire en regard3
 - compression médullaire par le mur postérieur de la vertèbre tassée.....3

95 - SUD - DOSSIER N°6

Un homme âgé de 40 ans, pesant 90 kg pour 1,70 m, maçon, se plaint, après plusieurs lumbagos aigus liés à des efforts de soulèvement, d'une lombosciatique aiguë L5, apparue après un nouvel effort de soulèvement.

Le Lasègue homolatéral est à 20° ; le Lasègue controlatéral est à 60° ; il n'y a pas de déficit neurologique, sensitif, moteur ou réflexe.

Le malade n'est pas fébrile et il n'y a pas de signes généraux.

La radiographie du rachis est demandée. Elle révèle un affaissement des 2 disques L4-L5 et L5-S1 accompagné d'une hyperlordose.

- 1) Chez ce malade vu à son domicile, quelle est l'attitude thérapeutique précise pour les 72 premières heures (prescriptions sans les posologies médicamenteuses) ?
- 2) Dans l'hypothèse où le malade révélerait l'existence d'antécédent d'ulcère duodénal traité avec succès six mois auparavant (par oméprazole interrompu depuis trois mois), quelle aurait été votre prescription initiale ?
- 3) Vous revoyez ce malade 3 jours plus tard : sa douleur lombosciatique L5 n'a que partiellement disparu sous traitement ; le malade vous indique qu'il ressent une difficulté à relever le pied. Votre examen neurologique retrouve effectivement un steppage avec déficit moteur franc dans le territoire L5 homolatéral. Discutez brièvement les attitudes thérapeutiques possibles.
- 4) Ultérieurement, vous reverrez ce malade à plusieurs reprises : sa lombosciatique aura évolué favorablement : disparition de la douleur, déficit moteur L5 imperceptible cliniquement. En revanche, des lombalgies sont déclenchées par certains efforts (soulèvement...). Indiquez les mesures susceptibles de prévenir d'éventuelles rechutes tout en conservant l'activité professionnelle.
- 5) Rédigez la prescription à mettre en oeuvre par un kinésithérapeute pour parfaire la rééducation fonctionnelle lombaire.

95 - SUD - DOSSIER N°6

1) Chez ce malade vu à son domicile, quelle est l'attitude thérapeutique précise pour les 72 premières heures (prescriptions sans les posologies médicamenteuses) ? (20)

- Traitement ambulatoire : repos strict allongé au lit (oubli = 0)5
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens per os (hors contre-indication), ex. : diclofenac (Voltarène®)5
- Antalgiques per os ; ex. : paracétamol, seul (Doliprane®) ou associé au dextropropoxyphène (Diantalvic~)3
- Myorelaxant, ex. : tétrazépam (Myolastan®) per os, à discuter.....1
- Physiothérapie (massages doux, sédatifs et décontractants).....N C
- Protection digestive ; ex. : misoprostol (Cytotec®) per os1
- Arrêt de travail. Certificat initial descriptif d'accident de travail, le cas échéantN C
- Surveillance et réévaluation complète à 48-72 h
- troubles sphinctériens, déficit sensitivo-moteur (L5, S1)2
- douleur spontanée (intensité, extension), valeur du signe de Lasègue, réflexes ostéotendineux.....i
- signes de phlébite (prophylaxie selon facteurs de risque).....1
- signes d'intolérance digestive (douleurs, melaena)1

2) Dans l'hypothèse où le malade révélerait l'existence d'antécédent d'ulcère duodénal traité avec succès six mois auparavant (par oméprazole interrompu depuis trois mois), quelle aurait été votre prescription initiale ? (20)

- Pour la prescription d'AINS
- fibroscopie peso-gastro-duodénale en urgence (avant les anti-inflammatoires) :.....11??
 - ulcère cicatrisé : anti-H2 : ranitidine 300 mg/j per os3
 - ulcère actif : inhibiteur de la pompe à protons : oméprazole 20 mg/j per os.....3
 - souvent associé à misoprostol (Cytotec~) per os.....NC
 - permet de prescrire des AINS avec un moindre risque.....N C
- pour d'autres
 - misoprostol et /ou ranitidine (150 mg/j) sans fibroscopie et AINS par voie intramusculaire.....17??
 - ou proposer : infiltrations intra-rachidiennes épidurales d'hydrocortancyl ; ou tractions vertébrales lombaires sur table ou lombostat en résine pour 1 mois. Ceci pouvant éviter la prescription d'AINS17??
- Les autres mesures sont identiquesN C
- La surveillance recherche attentivement : brûlures/crampes épigastriques, hématurie, melaena, rectorragies, baisse de tension artérielle, tachycardie2
- Une fibroscopie à la recherche d'un ulcère sera pratiquée en urgence au moindre doute1

Remarque : Question vicieuse, plusieurs attitudes sont employées, selon les écoles. Le jour du concours, nous recommandons au candidat la plus grande prudence dans le maniement des médicaments et dans cette optique, il faut noter que l'on pourrait éventuellement se passer des AINS s'ils étaient formellement contre-indiqués.

3) Vous revoyez ce malade 3 jours plus tard : sa douleur lombosciatique L5 n'a que partiellement disparu sous traitement ; le malade vous indique qu'il ressent une difficulté à relever le pied. Votre examen neurologique retrouve effectivement un steppage avec déficit moteur franc dans le territoire L5 homolatéral. Discutez brièvement les attitudes thérapeutiques possibles. (20)

- Chirurgie en urgence (exérèse de la hernie discale et discectomie) car sciatique paralysante (pas d'alternative).....20

Remarque : Attention au zéro : mais retenir que la sciatique est dite "paralysante" (avec implication d'une chirurgie en urgence) lorsqu'elle s'accompagne d'un déficit moteur franc. En effet, une simple difficulté isolée à relever le gros orteil peut laisser discuter un traitement médical en renforçant la surveillance.

4) Ultérieurement, vous reverrez ce malade à plusieurs reprises : sa lombosciatique aura évolué favorablement : disparition de la douleur, déficit moteur L5 imperceptible cliniquement. En revanche, des lombalgies sont déclenchées par certains efforts (soulèvement...). Indiquez les mesures susceptibles de prévenir d'éventuelles rechutes tout en conservant l'activité professionnelle. (20)

- Retour à un poids "normal" (environ 70 kg pour 170 cm)3
- Port d'une ceinture de maintien ou d'immobilisation lombaire3
- Éducation et apprentissage des méthodes "d'hygiène rachidienne" :3
- verrouillage lombaire.....2
- activité physique régulière, ex. : natation (dos crawlé++).....2
- économie du rachis (école du dos).....2
- Kinésithérapie (QS)3
- Éventuel aménagement du poste de travail (porter des charges moins lourdes surtout)2

5) Rédigez la prescription à mettre en oeuvre par un kinésithérapeute pour parfaire la rééducation fonctionnelle lombaire. (20)

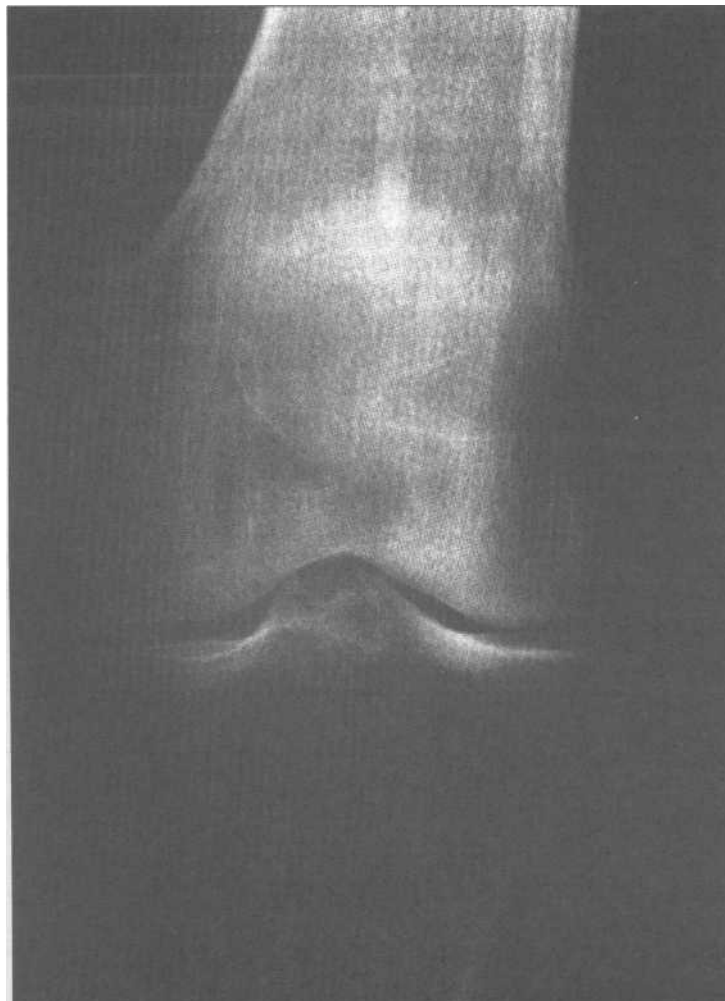
- Sur ordonnance, M. X., 40 ans, coordonnées et signature du médecin, dater4
- ` Faire pratiquer par un kinésithérapeute 20 séances de rééducation fonctionnelle lombaire, en insistant sur :4
- verrouillage lombo-sacré4
- rééducation proprioceptive4
- économie du rachis (école du dos),4

95 - NORD - DOSSIER N°7

Cette femme de 72 ans, obèse, hypertendue, a déjà souffert des genoux sur un mode mécanique depuis plusieurs années. Il existe par ailleurs cliniquement un gène valgum tout à fait net.

Depuis 24 heures est apparue, de façon brutale, une augmentation de volume du genou gauche, qui est rouge, chaud, responsable d'une impotence fonctionnelle nette interdisant la marche et s'accompagnant d'un décalage thermique à 38°C sans frissons. L'examen clinique révèle par ailleurs un choc rotulien. Il n'y a pas d'adénopathie satellite. L'interrogatoire retrouve la notion d'un épisode analogue sur le poignet droit il y a un an, ayant duré 4 à 5 jours.

- 1) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.
- 2) Quel est l'examen complémentaire à réaliser en urgence pour faire progresser l'enquête étiologique ? Détaillez les informations que vous en attendez.
- 3) La radiographie révèle l'aspect suivant (voir ci-contre). Comment décrivez-vous ce cliché ?
- 4) La VS est à 60 mm à la première heure, l'hémogramme objective une leucocytose à 8 000/mm³ et une formule normale. Quel est le diagnostic le plus probable compte tenu des données cliniques et paracliniques ?
- 5) Le liquide de ponction articulaire devient sanglant. Cet élément est-il compatible avec une ou plusieurs des hypothèses émises à la première question ? Envisagez-vous d'autres causes ?



95 - NORD - DOSSIER N°7

1) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses. (20)

- Devant une mono-arthrite aiguë fébrile du genou gauche, on évoque
- arthrite microcristalline (âge, pas de frissons ni adénopathie, 2e épisode) :2
 - . chondrocalcinose articulaire : femme ménopausée, siège au genou et poignet, gonarthropathie dégénérative5
 - . goutte : obèse, hypertendue.....3
 - . arthrite septique (âge, arthrite aiguë fébrile)5
 - . polyarthrite rhumatoïde à début mono-articulaire (femme adulte, sans frisson ni adénopathie, 2e épisode).....5

2) Quel est l'examen complémentaire à réaliser en urgence pour faire progresser l'enquête étiologique ? Détaillez les informations que vous en attendez. (25)

- Ponction articulaire du genou gauche pour étude du liquide synovial5
- viscosité (normale = visqueux inflammatoire = fluide).....2
- aspect macroscopique (normal = transparent/puriforme = microcristalline ou septique/hémorragique)2
- cytologie
 - . cellularité (normale < 1 000/mm³, inflammatoire > 2 000/mm³).....2
 - . formule (inflammatoire : PN > 50 %)2
- bactériologie : direct (gram) et cultures = stériles2
- biochimie : protides, non systématiques = glucose, acide lactique, pH, complémentNC
- minéralogie : recherche de cristaux d'acide urique, ou de pyrophosphate de calcium2
- résultats attendus
 - . liquide fluide.....2
 - . trouble ou puriforme ou hémétique2
 - . inflammatoire, GB > 2 000/mm³, polynucléaires neutrophiles > 90 %2
 - . cristaux de pyrophosphate de calcium dihydratés.....2

3) La radiographie révèle l'aspect suivant (voir ci-contre). Comment décrivez-vous ce cliché ? (15)

- Ménisques visibles (calcifiés). Très évocateur de chondrocalcinose articulaire9
- Par ailleurs
 - gonarthrose du compartiment externe2
 - genu valgus : les radios ne correspondent pas à la patiente2
 - l'os paraît déminéralisé2

Remarque : Les images de chondrocalcinose sont à la limite de la visibilité sur le cliché fourni. Par ailleurs, la gonarthrose siège sur le compartiment fémorotibial externe, ce qui est favorisé par le genu valgus et non pas varus. S'agit-il de la bonne iconographie ?

4) La VS est à 60 mm à la première heure, l'hémogramme objective une leucocytose à 8 000/mm³ et une formule normale. Quel est le diagnostic le plus probable compte tenu des données cliniques et paracliniques ? (20)

- Chondrocalcinose articulaire aiguë20

5) Le liquide de ponction articulaire devient sanglant. Cet élément est-il compatible avec une ou plusieurs des hypothèses émises à la première question ? Envisagez-vous d'autres causes ? (20)

- Oui, arthrites microcristallines (chondrocalcinose articulaire)1 1
- Pas d'autres causes évoquées car
 - aucun signe particulier en faveur d'une autre étiologie, comme la synovite villonodulaire3
 - pas de notion de traumatisme3
 - on attendra les résultats de la recherche de cristaux, pour évoquer éventuellement d'autres causes.....3

SOMMAIRE

Dossier n°1 : Douleurs diffuses	7
Dossier n°2 : Douleur brutale au membre inférieur droit chez un éthylique	1 1
Dossier n°3 : Une sciatique tronquée à bascule.....	15
Dossier n°4 : Lombalgies chez une femme de 65 ans	19
Dossier n°5 : Une jambe douloureuse chez un homme de 67 ans	23
Dossier n°6 : Douleur du membre inférieur droit chez un éthylique	25
Dossier n°7 : Un envoûtement très désagréable	27
Dossier n°8 : Polyarthrite fébrile chez une femme jeune	31
Dossier n°9 : Polyarthrite fébrile chez une femme jeune.....	35
Dossier n°10 : Monoarthrite aiguë chez un homme de 68 ans	39
Dossier n°11 : Genou douloureux chez un homme de 53 ans	43
Dossier n°12 : Une victime du travail	45
Dossier n°13 : Céphalées et douleurs articulaires chez un homme de 67 ans.....	47
Dossier n°14 : Épaule douloureuse chez une femme de 46 ans.....	51
Dossier n°15 : Traitement d'une goutte.....	55
Dossier n°16 : Oligoarthrite aiguë chez un jeune homme de 25 ans	59
Dossier n°17 : Douleurs diffuses chez une femme de 58 ans	63
Dossier n°18 : Arthralgies, fièvre et asthénie	67
Dossier n°19 : Quand c'est pas l'dos ce sont les épaules	71
Dossier n°20 : Des fourmis dans les doigts.....	75
Dossier n°21 : Douleur thoracique chez une femme de 45 ans	79
Dossier n°22 : Douleurs osseuses chez un homme de 65 ans	83
Dossier n°23 : Douleur du membre supérieur chez un homme de 46 ans	87
Dossier n°24 : Une complication malencontreuse.....	91
Dossier n°25 : Réduction du périmètre de marche chez un homme de 68 ans	95
Dossier n°26 : Une femme qui n'a pas le moral	97
Dossier n°27 : Polyarthrite chez une femme de 35 ans	101
Dossier n°28 : Une douleur qui fait déborder le vase	105
Dossier n°29 : Non, il n'y a pas que de l'amour	109
Dossier n°30 : Traitements de fond de la polyarthrite rhumatoïde	1 13
Dossier n°31 : Douleurs osseuses et diarrhée	1 15
Dossier n°32 : Érythème des membres inférieurs	119
Dossier n°33 : Lésions osseuses multiples chez un homme de 52 ans	121
Dossier n°34 : À propos des antalgiques.....	125
Dossier n°35 : Douleurs d'une main chez une femme de 34 ans.....	129
Dossier n°36 : Un Égyptien a mal à une cheville.....	133
Dossier n°37 : Douleur du genou droit depuis deux jours chez une femme de 65 ans.....	137
Dossier n°38 : Impotence fonctionnelle aiguë de l'épaule chez un homme de 52 ans	141
Dossier n°39 : Douleurs de hanches chez un homme de 64 ans.....	143
Dossier n°40 : Douleurs aiguës de l'épaule chez une femme de 61 ans	147
Dossier n°41 : Arthralgies et oedèmes des membres inférieurs chez une femme de 26 ans	151
Dossier n°42 : M. B., 21 ans, originaire du Maroc, consulte pour douleurs abdominales aiguës fébriles	155
Dossier n°43 : Douleurs du poignet chez un menuisier.....	159
Dossier n°44 : Une polyarthrite rhumatoïde invalidante	161
 Dossier des annales 1995-1998 :	 165